

MARIA ROSA DI FAZIO

DALL'AUTRICE DEL
BEST SELLER

Mangiare bene
per sconfiggere il male



SCONFIGGERE IL MALE

LE 100 DOMANDE E LE 100 RISPOSTE
PER PREVENIRE, CONOSCERE E COMBATTERE I TUMORI



Indice

[Copertina](#)

[Frontespizio](#)

[Colophon](#)

[Prefazione](#)

[Parte 1 - LA MALATTIA](#)

[Parte 2 - LA PREVENZIONE PRIMARIA](#)

[Parte 3 - LA PREVENZIONE SECONDARIA](#)

[Parte 4 - LE TERAPIE](#)

COLLANA SH - HEALTH SERVICE

Ripensare la salute

Maria Rosa Di Fazio

SCONFIGGERE IL MALE

LE 100 DOMANDE E LE 100 RISPOSTE

PER PREVENIRE, CONOSCERE E COMBATTERE I TUMORI



© 2018 Mind Edizioni
Mind Edizioni è un marchio di
Media & Co. Editoria-Comunicazione Srl
Viale Gran Sasso 20, 20131 Milano
Tel. 02 29409880, fax 02 29402737
www.mindedizioni.com
www.facebook.com/mindedizioni

Design di copertina: Fabrizio Verduchi
Ritratto dell'autrice in quarta di copertina: foto di Barbara Silbe

ISBN: 978-88-6939-279-5

“Chi guarisce è colui che ha ragione.”

Ippocrate

“La battaglia contro il cancro è come una partita a scacchi. Il problema è che la malattia parte con i ‘bianchi’, dunque con una mossa in anticipo. Un errore rischia di essere fatale.”

Prof. Lucien Israel, oncologo

“Il medico, la scienza medica, hanno bisogno del paziente, della sua volontà di guarire, della sua fiducia, del suo coraggio. Senza la partecipazione del paziente, la medicina non è per il momento sufficiente. Il rapporto tra medico e paziente è dunque essenziale. È la cosa più importante, che molto spesso manca alla nostra medicina.”

Prof. Philippe Lagarde, oncologo

Prefazione

Buongiorno! Da addetti ai lavori di lunga navigazione, sappiamo bene come a qualcuno potrà apparire quantomeno insolita, un po' fuori dalle regole, la prefazione a un libro scritta dai suoi stessi editori. Sensazione vivaddio legittima! Di norma, infatti, la prefazione viene scritta dall'Autore oppure da un critico letterario, qualora si tratti di Narrativa; o, ancora, viene affidata a un esperto dello specifico settore se invece ci troviamo nel campo della Saggistica o della cosiddetta Varia. Il fatto è che noi due, da spiriti liberi, siamo anche da sempre convinti che in certi casi le regole possano o addirittura debbano essere messe in discussione. E quindi cambiate.

Questo ci è sembrato uno di quei casi in cui il verbo giusto fosse “dovere”, prima ancora che “potere”. E se avrete la pazienza di leggere queste poche righe, vi troverete spiegato anche il perché.

Il nostro “perché” nasce da un caso editoriale iniziato a partire dal settembre 2016. Un caso diventato via via fenomeno, in quanto ha movimentato il settore della saggistica/manualistica in generale e quello della Salute e della Medicina in particolare. Un caso del quale hanno parlato diffusamente i media nazionali e locali. Un caso rimbalzato sui social media, Facebook in primis. Un caso che ci ha visti protagonisti appunto in veste di editori, legittimamente orgogliosi del successo ottenuto da due libri che continuano ancor oggi a presidiare le zone alte delle classifiche di

vendita e divenuti quindi “long seller” dopo essere stati indiscussi “best seller”.

Un caso che però, lo diciamo tirandoci a questo punto da parte, ha una sola protagonista: l’Autrice di questi due libri. Parliamo di un grande medico, di una bravissima oncologa italiana di vaglia internazionale, di una donna straordinaria per capacità professionale e diremmo ancor più per le sue doti di umanità, come testimoniano tutti i suoi pazienti: la dottoressa Maria Rosa Di Fazio. Noi abbiamo avuto senz’altro la fortuna e l’intuizione professionale di scoprirla come Autrice, ma prima ancora il privilegio di annoverarla tra le nostre amicizie più care.

Per chi non sapesse chi è, la dottoressa Di Fazio – per noi ormai semplicemente Maria Rosa – si è laureata a pieni voti in Medicina e Chirurgia all’Università di Milano; sempre a pieni voti si è specializzata in Oncologia presso lo stesso ateneo e successivamente, pur continuando a lavorare, ha ottenuto una seconda specializzazione – sì, anche questa a pieni voti! – in Ozonoterapia, tecnica medica naturale dalle illimitate applicazioni e potenzialità, anche nel campo delle stesse neoplasie.

Al bagaglio accademico Maria Rosa può aggiungere un’esperienza professionale di 25 anni spesi quotidianamente in prima fila nella difficile guerra contro il cancro. Ma dopo più di un ventennio a Milano, in importanti ospedali, è stato il 2015 a segnare una fondamentale svolta nella sua carriera. Questo perché dall’estate di quell’anno, Maria Rosa è la Responsabile del Servizio di Oncologia integrata presso il Centro medico internazionale SH di Falciano, nella Repubblica di San Marino.

A sceglierla per questo incarico come sua erede professionale e, nello specifico, come continuatrice del suo speciale e rivoluzionario metodo chemioterapico, è stato il professor Philippe Lagarde, luminaire francese dell’Oncologia, anche se potremmo definirlo senza esagerare un “monumento” di questa branca medica. Il suo nome significa infatti mezzo secolo speso accanto ai malati di cancro. Ma diremmo soprattutto “per” i malati di cancro. Con esperienze di lavoro e di studio da una parte e dall’altra dell’Oceano Atlantico, per non parlare delle sue infinite pubblicazioni.

Fatto sta che nel 2015, desideroso di potersi ritirare dalla professione per dedicarsi alla ricerca e alla divulgazione – attività che svolge ancora con l’energia e la freschezza di un trentenne – il professore sentì parlare di Maria Rosa sia come oncologa di provata esperienza sia come medico che

“gli assomigliava” in termini di approccio all’esercizio della professione: da un lato in quanto libera da schematismi mentali e dall’altro per la sua caparbia *mission* di migliorare il più possibile la qualità della vita dei pazienti oncologici in terapia. E la mandò a chiamare.

Così, dopo aver messo via via alla prova – e poi accompagnato alla porta – altri candidati, sia italiani sia stranieri, quel giorno del 2015 Lagarde non ebbe dubbi: Maria Rosa era la sua erede. Gli bastò scorrere il suo curriculum, ma soprattutto osservarla visitare alcuni pazienti per cogliere in lei *LA* differenza, quella che lui cercava invano da una decina d’anni. Qualcuno, molto vicino al professore, ci ha raccontato – lui ci scuserà per l’indiscrezione – che qualche giorno dopo, nel suo studio sammarinese, finalmente tranquillo commentò così, quasi commosso: “Ho incontrato un angelo”.

Certo, ma un angelo estremamente determinato quando si tratta di schierarsi dalla parte del paziente; e spietato contro la malattia. Anche a costo di pestare diversi piedi e di crearsi – quando questo occorre – potenti nemici. E a ben guardare, con le cose che ha scritto nei suoi due libri – *Mangiare bene per sconfiggere il male* (del 2016) e l’anno successivo *Le ricette di Mangiare bene per sconfiggere il male* – Maria Rosa di piedi “importanti” ne ha pestati parecchi. Così come si è creata potenti nemici. Ma al tempo stesso, proprio per le cose che dice e per la chiarezza e la semplicità con cui le espone, ha anche scoperto di avere decine di migliaia di persone – i suoi lettori, oltre ai pazienti – che la amano.

In questi due libri lei ha saputo trasferire tutto il suo patrimonio di esperienza e di Arte medica – e cioè di capacità diagnostica e clinica – con un focus preciso: spiegare al grande pubblico, a iniziare da chi svolge il difficile mestiere di genitore, il nesso esistente tra cattiva alimentazione e insorgere delle peggiori malattie, da quelle autoimmuni fino alla punta dell’iceberg del tumore. Nesso purtroppo ancora sottovalutato, negato o quel che è peggio ignorato da buona parte della stessa classe medica. Nesso che invece, a dispetto di chi continua a trincerarsi dietro l’affermazione (comoda ed errata) che “non ci sono riscontri scientifici”, viene confermato proprio “scientificamente” nei maggiori congressi internazionali di oncologia; dove ormai il peso di cibi e bevande sbagliate sull’insorgenza dei tumori viene valutato in un buon 45%. Percentuale che Maria Rosa, dalla sua personale esperienza sul campo e con una casistica racchiusa nelle sue cartelle cliniche, “corregge” per eccesso portandola ad almeno il 50%.

La sua è una battaglia condotta su diversi fronti: contro il cibo spazzatura dei fast food, questo è ovvio; contro quello industrializzato che riempie gli scaffali dei supermercati, con etichette dove si affollano troppe voci estranee di origine “chimica” o comunque artificiale; contro alimenti e materie prime, perfino naturali, erroneamente considerati benefici o addirittura salubri; e anche contro pochi, ma ahinoi costantemente iperesposti “cattivi maestri” che sui grandi media fanno da “pompieri”, tranquillizzando la gente sulla “salubrità” di tanti prodotti eccessivamente pubblicizzati.

Maria Rosa, oltre a precisi “No” e ai rispettivi “Perché No”, fornisce sempre altrettanti “Sì”, con i rispettivi e dovuti “Perché Sì”. Suggerendo cioè le alternative più sane e soprattutto in purezza. Alternative che esistono, che sono sempre esistite, ma sulle quali era stato fatto scendere da decenni un pesante velo. E ancora, in quei suoi due libri, si impara non soltanto a mangiare le cose giuste, ma anche il “quando” mangiarle – cioè in quali orari – e “insieme a che cosa”, scoprendo quali sono gli abbinamenti sani e quelli che invece possono risultare nocivi.

E adesso, ecco il terzo libro. Libro che, ancora una volta, Maria Rosa non ha voluto dedicare ai suoi colleghi o al mondo accademico, bensì a tutti. Libro scritto per gli uomini e per le donne che purtroppo sono già stati toccati direttamente, o in famiglia, dal più temuto dei mali, per aiutarli a gestire questa emergenza. Libro dedicato però anche agli uomini e alle donne in buona salute affinché possano rimanere tali. Perché, come dice sempre lei, “Non vorrei vedere più arrivare da me tanti ammalati, soprattutto sempre più giovani, se non bambini, anche a costo di rimanere disoccupata”. Libro scritto infine nel suo solito stile diretto e inequivoco, pur se con la consapevolezza di pestare altri piedi e di farsi altri nemici.

Questo perché tutti, oggi, devono conoscere il più possibile del cancro: da che cosa esso sia veramente e come si manifesta, da come si può curare e a quali sono gli stili di vita per evitarlo. Nel libro troverete infatti spiegati concetti – come per esempio terapie “integrate” o “personalizzate” – dei quali non avrete forse mai sentito parlare o, al massimo, ne avrete colto qualche cenno, magari in modo superficiale e inesatto sui media o sui social network. Chi lo legge saprà che cosa voglia dire “malattia sistemica”, anziché “d’organo”. O imparerà perché il fumo non sia responsabile soltanto del cancro al polmone, come tutti credono, ma funzioni invece

come potentissimo e micidiale “acceleratore” anche dei tumori che colpiscono altri organi. O, ancora, scoprirà quali e quanti rischi tumorali faccia correre alle donne entrate in menopausa la somministrazione di certe troppo diffuse quanto innaturali terapie. E così via.

Come editori, abbiamo quindi immaginato e voluto questo libro come una lunga intervista a Maria Rosa. Un’intervista che nessun giornale potrebbe mai pubblicare per motivi di spazio e non solo. Un’intervista in 100 domande semplici e chiare, curata dalla nostra redazione editoriale; 100 domande come quelle che fareste voi e che Maria Rosa si sente porre quotidianamente dai pazienti in visita, ma anche da chi la incontra a cena, la riconosce in un negozio o le scrive e-mail troppo spesso disperate. E potrete leggere le sue 100 risposte, altrettanto semplici e chiare, com’è sua abitudine. Senza infondere paure immotivate, ma al tempo stesso senza nascondere mai “La” o “Le” verità in merito al male più temuto.

Sono le 100 domande e le 100 risposte indispensabili per aiutarvi e aiutarci a conoscere, a riconoscere, quando è possibile a prevenire e infine a cercare di sconfiggere quella che, pur non essendo statisticamente la patologia che uccide di più – record negativo che spetta ancora all’infarto – è senz’altro la più temuta. La malattia che, legittimamente, fa più paura. È un libro scritto per tutti, con un linguaggio da non addetti ai lavori. Un libro soprattutto indispensabile, perché per combattere il Nemico – qualsiasi nemico – la prima arma è conoscerlo bene.

Gli Editori

Parte 1

LA MALATTIA

Che cos'è il tumore, perché nasce, come si sviluppa, con quali astuzie si riproduce, come si muove e si nasconde per poi magari riapparire altrove, anche a tanti anni di distanza

1. Dottoressa Di Fazio, partiamo dalla domanda in apparenza più banale e ovvia, ma al tempo stesso la più logica, quella che cioè il grande pubblico – spaventato – si pone prima di ogni altra: che cos'è esattamente un tumore, oltre che un sostantivo capace di incutere tanta legittima paura?

Faccio una doverosa premessa: in tutte queste mie 100 risposte parlerò così come ho già fatto nei miei primi due libri. Userò cioè un linguaggio accessibile a tutti, evitando nei limiti del possibile i termini tecnici (semmai spiegandoli, qualora sia doveroso citarli). Questo anche a costo di far sorridere gli addetti ai lavori. Perché sono convinta, lo predico da anni, che *la capacità di narrazione* sia una delle doti più importanti di un bravo medico; che non è, e non sarà mai un Gran Sacerdote, membro di un inavvicinabile Sinedrio da dove la scienza viene fatta calare dall'alto.

Adattandomi di volta in volta a quello che mi appare essere lo stato psicologico della persona che ho di fronte, e scegliendo le parole più giuste, io cerco sempre di far sì che il paziente possa CONOSCERE il più possibile della sua patologia. Perché il paziente informato ha una straordinaria arma in più per guarire; la sua conoscenza è infatti sinergica alla terapia e lui sarà il mio primo “aiuto” in quello che DEVE essere un lavoro di squadra.

Quindi io spiego sempre: senza spaventare, ma senza nascondere nulla. Dicendo le cose come stanno, evitando ovviamente atteggiamenti negativi o di rassegnazione, ma al tempo stesso senza far balenare soluzioni miracolistiche che non sono di questa Terra. E quindi nemmeno della Medicina. Per essere il più possibile comprensibile, nelle lunghissime visite vado anche oltre, usando per esempio i disegni, proprio per poter visualizzare in modo immediato come stanno agendo le cellule tumorali, ma anche come le cure che somministrerò potranno ostacolarne il letale progetto. Ne consegue che il mio paziente ha sempre una copia –

costantemente aggiornata, visita dopo visita, terapia dopo terapia – della sua cartella clinica. E quanto al *consenso informato*, non può risolversi in un mero atto burocratico di poche righe standard da far firmare soltanto perché così è previsto per legge; dettaglia invece tutta la strategia, farmacologica e non, che metterò in atto contro la malattia.

Scusandomi per la premessa, vengo ora alla prima domanda. E alla mia prima risposta.

Dietro a quello che noi siamo soliti chiamare al singolare – *cancro*, *tumore* o, ancora, *neoplasia* – si nasconde invece una pluralità, un gruppo, un insieme: quello delle *cellule tumorali*. Le quali in modo “anarchico”, scatenate da una serie di cause e concause, decidono un giorno di ribellarsi al legittimo *sistema*, chiamato *omeostasi*. Termine, questo, che sta a indicare il perfetto esercizio di equilibrio con il quale un organismo vivente tende a mantenere costanti, virtuosamente, i propri parametri biologici, in maniera tale da poter conservare – appunto – il proprio equilibrio vitale. Una cellula sana, per intenderci, svolge il suo ciclo di vita nel tessuto dove nasce e al quale appartiene. Senza abbandonarlo mai. E fino al momento del proprio suicidio – anch’esso virtuosamente e saggiamente programmato dalla Natura e chiamato *apoptosi* – vive e agisce “per” quell’organo, a suo esclusivo favore, riproducendosi un numero di volte ben determinato; di norma non più di una cinquantina.

La cellula cancerosa, invece, a tutto questo non ci sta. Lei si ribella alla legge di Natura e in un certo senso “impazzisce”, iniziando a lavorare e a moltiplicarsi per conto suo e, peggio, per il numero di volte che vuole lei. Lo fa senza nessuna regola, assumendo altre identità, andando a invadere tessuti ai quali non appartiene, creando così i tumori secondari – quelli che chiamiamo metastasi – e costruendosi addirittura risorse autonome e “abusive” per sopravvivere. Ed è anche questa sua straordinaria quanto micidiale capacità di movimento a renderla pericolosa. Proprio perché entrando nel *torrente ematico*, e cioè nella nostra circolazione sanguigna, sfruttandola come fosse una rete autostradale, la cellula malata può “viaggiare” dove vuole, andando a fare danni dovunque e infischiosene anche dei limiti di velocità. Decide lei anche quelli. Il tumore, spiegato in poche parole, consiste in questo. Ma come dice il mio Maestro, il professor Philippe Lagarde, dall’alto del suo mezzo secolo di lotta contro il cancro: “Bisogna demistificare la malattia cancerosa, perché il cancro deve

occupare lo stesso posto, nella coscienza collettiva, delle altre malattie di cui si può morire”.

2. Lei combatte ogni giorno contro queste cellule malate e ha imparato a conoscerle bene. Ce le può descrivere più dettagliatamente? Si dice, per esempio, che siano intelligenti. Ce lo conferma?

Dire che le cellule tumorali siano intelligenti equivale, ahimè, a sottovalutarle. Cito in proposito il professor Lucien Israel, uno dei più grandi Maestri dell'oncologia del secolo scorso: “La cellula cancerosa sa fare tutto, e se c'è qualcosa che non sa ancora fare, lo impara subito. Per di più, lo impara troppo presto per noi”. Definizione perfetta quanto terribile, che posso purtroppo confermare: le cellule cancerogene sono molto più intelligenti di qualsiasi altra creatura vivente. Con l'aggravante di esserlo a fin di male. Ma sono anche peggio: sono furbe, astute, smaliziate, vigliacche, ingannatrici, trasformiste, mimetiche, capaci addirittura di sparire per un certo tempo per poi riapparire altrove, dove meno te lo aspetti e perfino “camuffate”, mutando aspetto per non farsi riconoscere dai pur perfetti sensori del nostro *sistema immunitario*.

Sull'altro fronte di questa guerra, quindi, non ci può essere soltanto un medico generico. Non fraintendetemi, lo dico con tutto il più sincero rispetto nei confronti di colleghi che svolgono un quotidiano, preziosissimo, spesso ingrato e ahimè sempre anonimo lavoro di sentinelle della Salute pubblica. E ringrazio tutti quelli – e sono tanti – che mi contattano per segnalarmi un caso sospetto, anche se poi si dovesse trattare di un falso allarme. Nessuno più di me è felice quando si tratta di falsi allarmi! Voglio dire che se io, da oncologa, non penserò mai di saperne più di un cardiologo nel suo specifico settore – e questo vale ovviamente per tutti gli altri specialisti, con i quali anzi mi consulto regolarmente – altrettanto mi corre l'obbligo di sottolineare che, quando si parla di tumori, la mole di informazioni e di casistica specifica è vastissima. Perché davvero infinite sono tanto le connessioni che possono portare a un “incastro” perfetto tra tutte le tessere del puzzle terapeutico, quanto i “pezzi estranei” in grado invece di scompaginarlo e lasciarlo incompiuto.

Alla stessa maniera, per opposti motivi, sono convinta che nella lotta contro i tumori non sia sufficiente nemmeno l'iperspecializzazione nella

cura di un unico e determinato organo. Il rischio è infatti quello di avere inevitabilmente una visione parziale e circoscritta della malattia in atto. Per fare l'oncologo servono in fondo principalmente due cose: da un lato una frequentazione quotidiana, per anni e anni, di queste “stramaledette” cellule, come le chiamo io; dall'altro lato è indispensabile una visione olistica, a 360 gradi, del nostro organismo. Quello oncologico è infatti un malato particolarmente “fragile”, più di qualsiasi altro; nel senso che, per esempio, mentre lo stai curando per un problema ai reni, lui può “rompersi” all'improvviso a livello polmonare. O altrove.

Il fatto è che quelle “stramaledette”, come dicevo prima, sono sempre in veloce e indisciplinato movimento lungo la nostra “autostrada”. Per poterle combattere bisogna quindi conoscerle in ogni loro micidiale sfumatura. Una “frequentazione” di tipo teorico, generico o episodico, non è insomma sufficiente. Io dico che alle cellule tumorali bisogna arrivare a dare del “Tu”. Quindi non basta sapere tutto del fegato o del polmone, del colon oppure del seno, della prostata o del pancreas. Devi invece conoscere tutto di tutti questi organi. Devi sapere come essi lavorano all'unisono e come “si parlano”, comunicando tra loro. Dobbiamo tenerlo bene a mente: le nostre cellule si parlano. Le sane lo fanno a fin di bene, ma ahimè lo fanno invece a modo loro anche quelle tumorali, scambiandosi tempestivamente le informazioni necessarie a controbattere o a evitare le “armi” che tu oncologo stai usando per ucciderle. Di conseguenza devi saper ascoltare anche queste loro “voci” silenziose. Devi, insomma, conoscere tutto e tanto altro ancora e ben prima di decidere quali saranno le terapie chemioterapiche, radiologiche, chirurgiche o integrate che potrai usare.

3. La domanda, a questo punto, sorge spontanea: ma perché succede? Perché una ribellione così cattiva da parte di quelle che lei chiama le “stramaledette”? Perché lo fanno?

Sacrosanta domanda. E per rispondere ritorno all'omeostasi, dicendo che in certi soggetti, più che in altri, la tendenza virtuosa dell'organismo a mantenere costanti i propri parametri biologici può rivelarsi di per sé debole o alterata. Oppure è la stessa cellula tumorale a nascere o ad “apprendere” strada facendo la capacità di sconvolgere le regole. Queste sono perlomeno le due spiegazioni più correnti, accademiche, delle quali l'una non

confligge comunque con l'altra. Tantomeno esse si smentiscono. Personalmente, preferisco darmi una risposta che le comprenda entrambe, fondendole.

Parlo cioè di un'azione combinata. Da un lato ci siamo noi, con i nostri errati stili di vita, che vanno dalla scorretta alimentazione all'abuso di farmaci, passando ovviamente dal pericolo numero uno, il vizio del fumo. Dall'altro ci sono colpe assolutamente non nostre come l'inquinamento atmosferico, quello elettromagnetico, in parte la genetica, oppure la familiarità, senza dimenticare mai le diverse forme di stress o i grandi dolori della vita. Tutte queste cause, o alcune di esse, possono combinarsi e sovrapporsi, sommandosi e diventando appunto concause. Il risultato è il medesimo: un serio danno al nostro perfetto sistema immunitario, ma anche ad altri equilibri vitali, come quello ormonale. E allora, pronte in agguato, ci sono quelle cellule potenzialmente ribelli che attendono soltanto di poter individuare i nostri punti di debolezza per rivoltarsi contro di noi.

4. Dando per scontata la prevenzione primaria – che spetta a noi – che cos'altro possiamo fare?

Se è vero che noi singoli possiamo fare ahimè ben poco contro le diverse forme di inquinamento, è altrettanto fuor di dubbio che siamo invece in grado di fare moltissimo per non “inquinarci” ulteriormente con le nostre mani. Mi spiego meglio: non è soltanto inutile, ma assolutamente idiota dirsi: “Se l'aria è già inquinata perché mai dovrei smettere di fumare?”. Perché così facendo aggiungiamo veleno a veleno, questo lo capirebbe anche un bambino, dal momento che i veleni si sommano tra loro, mica si annullano! Ciò significa assumere un corretto stile di vita basato su almeno tre facili presidi alla portata di noi tutti e della nostra forza di volontà.

Primo presidio: l'irrinunciabile caposaldo di non fumare. E quando dico “Non fumare” intendo del tutto, senza nasconderci dietro all'alibi del “Tanto io fumo soltanto qualche sigaretta”; perché basteranno anche quelle “tre o quattro sigarette” a procurarci gravi danni.

Secondo presidio: un regime alimentare rispettoso del nostro vero primo cervello, e cioè l'intestino, lì dove si trova non a caso più del 70% del sistema immunitario, nostra prima e fondamentale difesa contro le aggressioni del male. Ficchiamocelo bene in testa: è dall'intestino che parte

quasi tutto, in positivo così come in negativo. Quindi adesso, in questo momento, se magari stavate pensando di chiudere il libro per andare a fare un iperuntuoso, ipersalato, iperalcolico e quindi ipermalsano “apericena” con gli amici, rimanete a casa, datemi retta! Possiamo concederci uno “strappo” saltuario e ragionevole, questo lo dico sempre, ma non simili barbarie alimentari quotidiane.

Terzo presidio: una moderata attività fisica per mantenerci tonici e ossigenati.

Ignorare o sottovalutare questi tre presidi e comportarci altrimenti, è un po' come se noi stessi, da masochisti, “arassimo”, concimassimo e innaffiassimo il terreno davanti alle cellule ribelli, lasciandole poi libere di seminare e far crescere i loro chicchi avvelenati.

5. Immagine efficace quanto inquietante, dottoressa. Ma quali sono i fattori – evitabili o meno – che fanno da “aratro” a tutto vantaggio del male?

Sono ahimè tanti. Do per scontato il bagaglio genetico, inevitabilmente e individualmente nostro, ma che per esperienza non va sopravvalutato in termini di “colpa”, dato che gliene possiamo attribuire al massimo una percentuale tra il 12 e il 20%. Il primo fattore negativo “esterno” è invece uno di quelli contro i quali noi singoli umani possiamo fare ben poco. Mi riferisco all’inquinamento atmosferico e ambientale – incluso quello delle falde acquifere – con il suo carico di veleni, polveri sottili, metalli pesanti e scarichi derivanti tanto dall’industria quanto dall’attività agricola e zootecnica. Parlo di un crimine commesso contro Madre Natura e del quale noi, come genere umano, siamo tutti più o meno in parte responsabili per colpa collettiva, più che per dolo individuale.

Ci può essere però anche un inquinamento “indotto”, del quale siamo vittime per motivi di lavoro o per condizioni abitative, con un forzoso, quotidiano e prolungato contatto con sostanze tossiche e velenose. Penso all’amianto che, pur se teoricamente fuori legge, continua a produrre danni mortali sia per come viene spesso smaltito in modo abusivo e criminoso nell’ambiente, sia perché ancora non è stato eliminato del tutto da tetti o da intercapedini di tante abitazioni. Ma penso a chi lavora in certi comparti lavorativi, a contatto con vernici o materiali isolanti, prodotti per la pulizia

o inchiostri da stampa; e ancora con antiparassitari, diserbanti e con tanti altri artifici contro Natura usati abitualmente in agricoltura. L'elenco sarebbe infinito. Posso aggiungere che perfino respirare tutti i giorni normalissime e "innocue" farine alimentari, come quelle usate nella panificazione, può presentare un potenziale rischio di malattia professionale. Casi del genere, purtroppo, ne ho dovuti vedere e curare tanti. Non per nulla, la domanda su quale professione svolga, e da quanto tempo, a un nuovo paziente in visita da me è sempre tra le prime.

Penso però anche al quotidiano "bombardamento" elettromagnetico, una forma di inquinamento che purtroppo è stata ancora troppo poco indagata. Il che non mi stupisce: l'eventuale scoperta di qualche inoppugnabile verità in merito alla nocività di questa sorta di "fumo passivo" da onde elettromagnetiche nel quale ormai viviamo immersi, andrebbe a danneggiare uno dei più grandi e profittevoli business plurimiliardari di questi ultimi decenni, quello della telefonia cellulare e degli onnipresenti e "invasivi" wi-fi. Intendiamoci bene: certezze in materia non ne ho, così come peraltro non ne ha al momento nessuno. Ma posso dire che legittimi e "prudenti" sospetti ne nutro più d'uno, così come ne nutrono altri scrupolosi oncologi e medici vecchia maniera; quelli che cioè si rifiutano di infilare la testa nella sabbia e di nascondersi dietro al comodo alibi che "Non c'è finora evidenza scientifica". Per non sbagliare, io continuo comunque a sospettare e quantomeno a mettere sull'avviso i miei pazienti. Lo faccio per perseguire sempre e in ogni modo il loro benessere. Ma anche per altri due validi motivi. Uno è di una banalità assoluta: qualsiasi evidenza dichiarata un certo giorno "scientifica", era già tale prima. Nei fatti! Solo che non si sapeva. Lo era già, però, per qualche *vox clamantis* in deserto che forse l'aveva anche soltanto intuita. E che per questo era stata irrisa. Intanto, però, i danni alla salute, erano stati provocati.

L'altro motivo che mi autorizza a sospettare – sempre! – si chiama "casistica". Oppure, se volete, capacità e volontà di osservazione. Mi riferisco a quell'insieme di esperienza che nella Medicina di un tempo, prima dell'ossessivo mantra dell'evidenza scientifica, derivava da due parole che erano da sole alla base dell'Arte medica, così come la chiamava Ippocrate: diagnosi e clinica.

Perché se io, oncologa, vedo da anni una crescente recrudescenza dei neurinomi del nervo acustico o, ancora peggio, di tumori cerebrali nei bambini, qualche domanda sulla supposta innocuità di queste onde

elettromagnetiche che ci avvolgono 24 ore su 24 me la dovrei porre. Soprattutto sapendo quello che mi confermano i dati epidemiologici: e cioè che da noi in Italia i tumori cerebrali infantili sono ormai al secondo posto dopo le leucemie. Quindi io la domanda me la pongo e sinceramente non me ne importa nulla delle risate che potranno farsi, leggendomi, i tecnici e i manager delle imprese che queste onde le diffondono, le vendono e se ne “cibano”. Loro non sono oncologi e non danno del “Tu” ai tumori; io purtroppo sì. O forse dovrei chiudere gli occhi davanti all’evidenza tangibile della malattia e aspettare di vedere scritta nero su bianco – quando la sanciranno e chissà mai quando – quella futura “evidenza scientifica”? Lo dico soprattutto sapendo che certe “scomode” evidenze scientifiche vengono spesso nascoste o pilotate ad arte da chi ha i mezzi economici e il potere politico per farlo. Evidenze scientifiche che vengono lasciate da parte, nell’ombra, in quanto potrebbero “disturbare” il manovratore. O meglio, i manovratori e i loro interessi economici con tanti zeri.

6. Qualcuno di recente ha parlato della potenziale nocività dei virus come cause o concause di forme tumorali. Lei è d’accordo?

Assolutamente d’accordo. E infatti, a farmi arrabbiare, sono proprio due elementi involontariamente sottolineati nella formulazione della domanda stessa: il primo elemento è che purtroppo sia soltanto “qualcuno” a parlare della pericolosità oncologica di determinati virus; il secondo è che si sia iniziato a discuterne soltanto “di recente”. Paradossale, invece, è che l’unico virus di cui si parla in Italia, una volta all’anno, sia quello influenzale. Così, quando è stagione, viene fatto rimbalzare con esagerati colpi di grancassa sui media, nemmeno si trattasse di un’attuale e annuale riedizione della peste manzoniana. Ma il risultato lo ottengono: farmacie prese d’assalto da gente alla disperata ricerca di vaccini o addirittura di antibiotici. E dire che basterebbe avere il *microbiota intestinale* in perfetto equilibrio, mantenuto tale grazie a una alimentazione corretta e all’uso periodico di un buon *probiotico*, per renderci di fatto immuni all’influenza. E non solo a quella. Ma *business is business*, come al solito!

In compenso, di altri virus ben più micidiali non si parla quasi mai. Ignorandoli o sottovalutandoli. Facendoci dimenticare, in un modo o

nell'altro, quali potenziali cause scatenanti di tante patologie possano rappresentare. Inclusi i tumori.

I principali virus dei quali è riconosciuta l'azione cancerogena sono quelli dell'epatite B e C; senza però dimenticare l'Epstein-Barr, responsabile della mononucleosi infettiva, nota anche come "malattia del bacio". È un'infezione latente, asintomatica nei bimbi, ma devastante negli adulti e, quel che è peggio, diffusissima, dato che statistiche epidemiologiche ci dicono che a esserne affetto è un buon 90% della popolazione. Infezione che è inoltre sospettata di essere la fonte di diverse patologie ancora considerate "misteriose" tanto nella diagnosi quanto nelle terapie, come per esempio la fibromialgia e la sindrome da stanchezza cronica; è correlato con la genesi dei linfomi e di alcuni tumori epiteliali, ma anche di malattie altrettanto diffuse come i disturbi tiroidei, le vertigini e gli acufeni.

Un altro virus molto noto, l'Herpes simplex, è invece correlato ad alcuni tumori del cavo orale. Mentre l'*Helicobacter pylori*, che si trasmette per via salivale, può dare origine al tumore gastrico. Dall'elenco non può certo mancare quello che è senza dubbio il virus più noto anche alla grande platea della gente comune, e cioè l'HIV, responsabile dell'Aids, o sindrome da immunodeficienza acquisita – scoperto dal professor Luc Montagnier – in grado di scatenare molti tumori, come per esempio quello di Kaposi.

7. E che cosa ci dice dell'HPV, il Papilloma Virus?

Ci stavo arrivando. Lo avevo lasciato volutamente per ultimo perché è quello che mi sta allarmando di più per diffusione e per il conseguente aumento di casi tumorali che è in grado di scatenare. È infatti conosciuto perché può dare origine al tumore dell'utero e a quelli del distretto "testa-collo". Tumori, questi ultimi, di cui si parla troppo poco, mentre la verità è che stiamo assistendo a una loro allarmante recrudescenza. Sono tumori della bocca o della faringe che, oltre a essere terribili in termini di sofferenza e molto veloci nella loro "corsa", hanno spesso esito nefasto. Un tempo erano neoplasie piuttosto rare che si presentavano comunque solo dopo i quarant'anni e oltre, mentre oggi l'età d'ingresso si è drammaticamente abbassata. Un recente studio epidemiologico a livello europeo ci conferma come i casi di questo tumore siano cresciuti negli

ultimi anni in modo esponenziale – addirittura di un impressionante 380%! – soprattutto tra i giovani e giovanissimi. Sono cifre che fanno paura.

La causa? Inutile girarci intorno: quella principale è la pratica del sesso orale senza protezioni. E vale nei due sensi, cioè dall'uomo alla donna così come dalla donna all'uomo, ma anche ovviamente tra persone dello stesso sesso. Ad aggravarla, soprattutto tra i più giovani, concorrono da un lato il loro abissale “analfabetismo” in materia di sesso – direttamente proporzionale all'incosciente disinvoltura con cui lo praticano e, ancor peggio, con frequenti scambi di partner, il che non fa che aumentare il rischio – e dall'altro una generalizzata diffusione di infezioni derivanti da un'igiene intima molto approssimativa.

A questo proposito, da osservatrice del mondo che mi circonda, devo dire che mi sconvolge l'incosciente ignoranza di tante ragazze che vedo sedersi o accovacciarsi per terra, su un gradino, magari in attesa di entrare al cinema o in pizzeria. Non ne faccio una questione di stile – che comunque ci starebbe tutta – ma di elementare igiene, di misura preventiva contro potenziali terribili infezioni. Fin che indossano pantaloni lunghi e pesanti... passi pure! Ma vedo che lo fanno anche con le gonne, perfino corte, o con gli shorts o con sottilissimi fuseaux. È pura follia! Non si rendono conto che così facendo espongono le permeabilissime mucose delle loro parti intime, sia vaginali sia anali, all'immaginabile contaminazione da parte di tutto quanto si trova sui marciapiedi? Parlo di polveri sottili, metalli, virus, senza dimenticare la micidiale gamma di tutta la sporcizia urbana che può essere trasportata dalle suole dei passanti o sollevata dalle ruote delle automobili e poi lasciata ricadere al suolo, come residui di escrementi animali e umani, sia liquidi sia solidi. Mi chiedo davvero se a queste ragazze le loro mamme abbiano spiegato qualcosa: di come si vive e ci si comporta, ancor prima che del sesso, ovviamente!

Senza dimenticare – e mi rivolgo in primo luogo ancora ai giovani – che ad amplificare il potenziale cancerogeno di tutti i tumori, ma in modo particolare di quelli del “testa-collo”, contribuiscono tanto il vizio del fumo quanto il forte consumo di alcol. Due cattive, anzi pessime, abitudini che se poi vengono sommate tra loro, come ahimè fanno spesso i ragazzi, hanno conseguenze potenzialmente devastanti perché fanno da “acceleratori” e da amplificatori dell'azione cancerogena del Papilloma Virus.

8. Come accorgersene, quali possono essere i sintomi di questi tumori “testa-collo” scatenati da un virus?

Non restringerei il campo ai “testa-collo” o all’origine virale. Bisogna saper guardare sempre oltre, perché per questi, così come per tutti gli altri tumori, la gamma dei possibili sintomi è vastissima. Senza dimenticare che ci sono purtroppo anche tumori asintomatici, che arrivano senza mandare evidenti segnali. Comunque, per quel che riguarda i “testa-collo”, un sintomo potrebbe essere un banale mal di gola che si ostina a non voler passare nemmeno con l’uso dei farmaci, ma al quale soprattutto un ragazzo non dà peso, pensando che “In fondo è solo un mal di gola e prima o poi passerà”. Oppure può esordire con una piccola o anche infinitesimale “piaghetta” sulla lingua o nel cavo orale che non accenna a rimarginarsi. O ancora un’alterazione del timbro della voce, la comparsa di una voce nasale o anche ripetuti episodi di epistassi nasale (sangue dal naso).

E qui il discorso si amplia, facendo riemergere con prepotenza la necessità di ritornare all’antica “Arte” clinica di una volta, quella basata sull’empirismo, sull’esperienza, sulla capacità di osservare e di mettere in connessione diversi fattori. Parlo di un’Arte spesso dimenticata e quel che è peggio non più insegnata. Arte che porta il medico a saper leggere non solo “tra” le righe, ma anche “oltre” a esse, interpretando segnali che a prima vista potrebbero sembrare irrilevanti, ma che invece vanno sempre presi in seria considerazione. Come, per esempio, prurito e sudorazione notturna, sintomi all’apparenza insignificanti ma che tali non sempre sono, dato che spesso possono essere correlati a linfomi e leucemie. Segnali che vanno studiati e approfonditi, sondando il paziente, interrogandolo per cercare di individuare quale possa esserne stata la genesi. Senza mai accontentarsi di risolvere tutto in pochi secondi, firmando la ricetta per un farmaco che forse curerà il sintomo, ma lascerà la causa indisturbata dov’è.

Questo approccio mi sta molto a cuore e mi sforzo di applicarlo ogni giorno. Può per esempio succedermi, visitando un paziente, di non riuscire a darmi una spiegazione logica di come un determinato tumore si sia potuto sviluppare in una persona che per genetica, per familiarità, per l’assenza di conclamati fattori di rischio o per corretti stili di vita seguiti, ne dovrebbe essere invece del tutto immune. Così, fedele alla regola del mio primo Maestro, il professor Roberto Dall’Aglio – che mi insegnò a ragionare di testa mia, “sospettando” sempre di tutto – io tendo ad andare oltre la prassi

e le linee guida. Perché se il problema è nascosto “altrove”, bisogna stanarlo. Per farlo, ricorro a specifici esami di indagine dei quali non trovo quasi mai traccia nelle cartelle che mi portano i nuovi pazienti. Esami che invece esistono e che sarebbero in grado di fare luce su tanti “casi irrisolti”, volendo usare una terminologia da libri gialli.

Mi riferisco, per esempio, ai pannelli virali per accertare appunto la presenza di virus, così come ai test che indagano sulle intossicazioni da metalli pesanti – frequentissime quanto ignorate – portatrici di danni gravissimi alla salute, inclusi tanti disturbi infantili che vengono spesso frettolosamente liquidati come forme di autismo. O ancora, ricorro a un altro esame basato su semplici campioni di feci: mi dà la mappatura dello stato in cui si trova il microbiota intestinale, primo regista del nostro benessere quando funziona, così come del suo opposto quando noi lo “rottamiamo”. È un test che mi fornisce un’infinità di informazioni. Per esempio, quali sono le famiglie di batteri intestinali in attuale squilibrio, consentendomi così di “mirare” con precisione al bersaglio usando il probiotico giusto, in maniera tale da far ritornare il paziente a uno stato corretto di *eubiosi* (l’equilibrio tra le diverse famiglie batteriche). Ma questo test mi dice anche quali sono gli alimenti che il soggetto sta mangiando in modo eccessivo, procurandosi danni; e quali alimenti dovrebbe invece cercare di incrementare.

Non posso poi dimenticare i due fondamentali test che faccio fare con normalissimi prelievi di sangue presso il Centro SH di San Marino, dove lavoro, e che vengono poi inviati ad altrettanti centri clinici specializzati, rispettivamente a Bruxelles e a Parigi. Dal centro belga ho di ritorno in due settimane lo stato completo di salute del “terreno” del paziente, dalla testa ai piedi, aspetti psicologici e neurologici inclusi, oltre che un suo quadro predittivo completo; mentre dai colleghi parigini ricevo una “fotografia” delle condizioni del sistema immunitario. Ma di questi due esami parlerò nel dettaglio più avanti, quando affronteremo la *prevenzione secondaria* e *gli strumenti per la diagnosi*.

9. Bene. Ritornando invece alle possibili cause scatenanti dei tumori, lei prima ha fatto cenno anche allo stress. Ricordiamo bene?

Certo, anche se è meglio dire “agli stress”, al plurale. Faccio questa precisazione perché di norma, quando diciamo stress, noi tutti pensiamo a quello derivante dai nostri stili di vita moderni e soprattutto “cittadini”. Quindi alla sommatoria di tanti fattori negativi: rincorsa di orari e di mezzi pubblici, guida nel traffico, tensioni sul lavoro dovute a rapporti tesi con capi e/o colleghi, frustrazioni per riconoscimenti non ricevuti o per punizioni immeritate e chi più ne ha più ne metta. O ancora cause di stress ben più traumatizzanti, come la perdita del posto di lavoro. Senza ovviamente dimenticare fonti di stress “casalingo”, tra marito e moglie o tra genitori e figli. E ovviamente i grandi lutti in famiglia, improvvisi o al termine di lunghe malattie. Sono tutti motivi di tensione interiore che possono indebolire fortemente il sistema immunitario e quindi esporci al rischio di una aggressione da parte della malattia.

Detto questo, invito a non dimenticare mai anche la potenzialità negativa degli stress fisici. Mi riferisco a quelli eccessivi, fuori misura, come quelli da agonismo sportivo. Pochi ci pensano e ancora di meno sono quelli che lo dicono, forse perché è impopolare. Si potrebbero spiegare così, “almeno in parte”, le frequenti patologie invalidanti tipo SLA che colpiscono in particolar modo ex atleti professionisti, specialmente dopo il loro abbandono delle competizioni. O anche tanti decessi improvvisi sul campo, durante l’attività agonistica o subito dopo.

Eventi che riguardano perfino atleti dilettanti, spesso giovanissimi, bambini o poco più. Di norma ci si mette in pace la coscienza accusando l’apparato cardiaco e circolatorio, dimenticando che quell’alterazione può essere stata molto spesso il sintomo, ma non la causa. Senza chiederci, insomma, perché mai un ragazzino di 15 anni, per fare un esempio, possa essere stato stroncato da un’aritmia cardiaca. E anziché cercare droghe o alcol nel suo sangue, basterebbe verificare per esempio quanti *energy drinks* (e cioè quanta caffeina, taurina, zuccheri e mille altre porcherie) aveva bevuto prima di quello sforzo. Perché con quella robbaccia in corpo basta un ignorato difetto cardiaco e... addio! Casi così, tra i ragazzini americani, sono paurosamente frequenti, fino a diventare argomento di inchieste sui media. Sono casi frequenti purtroppo anche da noi, con la sola differenza che Oltreoceano di queste cose tv e giornali parlano e scrivono, senza timore di toccare importanti interessi economici. Da noi, invece, succede molto meno.

Se poco fa ho detto e idealmente virgolettato “almeno in parte” è proprio perché almeno “l’altra parte” della colpa la conosco ormai fin troppo bene, avendo spesso in cura diversi sportivi affetti da patologie gravissime, sia autoimmuni sia oncologiche. E, quando parlo di “colpe”, mi riferisco ai regimi alimentari imposti quasi sempre agli atleti da molti dei loro preparatori sportivi. Parlo di regimi alimentari che, dopo averli letti, non ho esitato a definire folli. Ho visto cose da inorridire: vere e proprie “bombe quotidiane” di zuccheri, carboidrati, latticini, grassi saturi, carni rosse e bianche a volontà e altro ancora. Tutti somministrati senza criterio alcuno. O, meglio, con un unico criterio, quello di mirare a una sola cosa: la prestazione sportiva. Esponendo però il soggetto a un alto rischio di danneggiare così la salute.

Quando spiego queste cose, alcuni pazienti ammutoliscono, in quanto capiscono subito che cosa sto dicendo. Altri ribattono soltanto: “Ma, dottoressa, se mangio in modo diverso come posso ottenere quel tempo?”. Oppure: “Come solleverò quel peso?”. E ancora: “Come potrò fare un buon risultato alla maratona di New York?”. In questi casi, in base a scienza e conoscenza, ma direi soprattutto antepoendo a ogni altra considerazione la coscienza professionale, non posso fare altro che rispondere: “Io sono un medico, non un trainer sportivo e quindi le prestazioni non mi riguardano. Una volta fatto il mio dovere, quello di informarla per il bene della sua salute, la scelta se voler dare retta a me o al suo trainer spetta soltanto a lei”. Perché le prestazioni agonistiche sono una cosa, ma il nostro benessere è tutt’altra.

Aggiungo che non basta essere “sportivi da sempre”. Il nostro corpo cambia anche se è abituato a fare sport, specialmente in alcuni momenti particolari della vita. Non gradisce mai lo stesso trattamento. E arriva la “stanchezza” che, anche se non avvertita “psicologicamente”, fisicamente non manca di produrre i suoi effetti.

10. Restando nella sfera della psiche, è vero che anche i traumi emotivi possono avere un ruolo scatenante nell’origine dei tumori?

Certo! Soprattutto quelli scatenati, come ho già detto, dai grandi dolori della vita, come per esempio la perdita di un congiunto o di un caro amico. Sono davvero in grado di minare l’equilibrio omeostatico abbassandoci le difese

immunitarie, con tutto quanto ne consegue in termini di aggressività da parte delle malattie in generale e delle cellule tumorali in particolare. Potrei elencare a memoria tanti casi di tumori in apparenza privi di una delle “solite” cause scatenanti come familiarità, fumo, abuso di alcol, alimentazione sbagliata, lavoro stressante o “inquinato” e via dicendo. Niente di niente. Nulla di tutto questo. Salvo che poi, scavando nella vita del paziente, interrogandolo, saltavano fuori un lutto gravissimo o malvagità perpetuate nel tempo che si era dimenticato di menzionare. Andando allora a ricostruire la cronologia degli eventi, ecco la comparsa dei primi sintomi; e proprio poco tempo dopo quei dolorosi eventi. Per questo le mie visite non durano mai meno di un’ora e un quarto, se non di più. Perché devo andare a fondo su tutto e non mollo fino a quando non trovo una causa plausibile. Il motivo è tanto semplice quanto fondamentale: una causa in Medicina c’è sempre e io, medico, non me la posso cavare rimandando a casa un paziente che sta male dicendo: “Lei è esaurito, si rivolga a un neurologo o a uno psicologo”. Oppure dandogli qualche pasticca, su tutte il jolly cortisone, divenuto ormai la panacea di tutti i mali.

11. Cogliendo la palla al balzo: anche i farmaci possono avere quindi un ruolo nell’insorgenza della malattia?

Un medico, e a maggior ragione un oncologo che usa quotidianamente farmaci potenti come i chemioterapici, non può ignorare né dimenticare i possibili effetti collaterali. Più avanti, quando parleremo di terapie, spiegherò tanto le potenzialità quanto i rischi connessi all’uso di questi specifici farmaci, di altissima potenza proprio perché chiamati a uccidere il più temuto dei mali, il cancro. Per questo, per le loro caratteristiche specifiche, vanno usati con estrema cautela ed esperienza professionale.

Qui vorrei parlare invece di altri medicinali, soprattutto di quelli più usati e abusati sia dalla mia stessa categoria sia da troppi pazienti, che ricorrono a un disinformato e scellerato fai-da-te, gravido di elevati rischi per la salute. Ho appena accennato al cortisone, divenuto ormai una sorta di passe-partout capace di aprire qualsiasi “porta”. Viene somministrato come il pane perché, da antinfiammatorio chimico qual è, in un primo momento può risolvere oggettivamente molti problemi; peccato che poi sia accompagnato da una lunga serie di possibili effetti collaterali sgradevoli.

Su tutti, posso citarne tre, i più comuni: il cortisone è un immunosoppressore, il che significa che ci “annienta” il sistema immunitario; ci alza la glicemia nel sangue; favorisce la ritenzione dei liquidi nei tessuti e la crescita delle micosi. E tanto altro ancora. Per questo io lo uso soltanto in rarissimi casi nei quali non ho altra scelta, per specifici pazienti e per determinati tumori. Ma parlo appunto di casi episodici, se non estremi. E, se proprio mi tocca usarlo, vi ricorro in dosi minime, autentiche frazioni rispetto all’abuso che ne viene fatto troppo spesso, quasi di routine.

12. Forse, però, i rischi maggiori derivano dalle terapie fai-da-te?

Assolutamente sì. Ma una “mano” in tal senso la danno a volte anche certi colleghi di manica eccessivamente larga sui farmaci; gli stessi che magari si rivelano dal braccio un po’ corto quando invece si tratta di prescrivere esami clinici indispensabili allo specialista per fare diagnosi e per consentirgli di avviare successivamente il paziente a una terapia specialistica o a un intervento chirurgico. Detto questo, l’elenco dei farmaci usati in modo autonomo e indiscriminato dalla gente è pericolosamente lungo.

Potrei dire, per esempio, dei rischi al fegato che corre chi fa uso costante di ansiolitici e psicofarmaci, somministrati o assunti autonomamente come fossero pasticche per la gola. Così come voglio ricordare che **una sola settimana di antibiotici** – anche questi abusati – **è in grado di distruggerci in pochi giorni il microbiota intestinale. Peccato che poi, per rimmetterlo in sesto così com’era, il tempo medio necessario è di due anni!** “Ricostruzione” che per di più non avviene da sola, con un colpo di bacchetta magica, ma che richiede l’uso di probiotici mirati e, soprattutto, di un’alimentazione ripensata fin dalle fondamenta. L’aspetto più paradossale è quello già citato parlando dei vaccini antinfluenzali: se il microbiota fosse in condizioni perfette, noi non avremmo bisogno di un’infinità di farmaci, per il semplice motivo che quando il microbiota funziona a dovere può tenere a bada qualsiasi aggressore.

Peccato che la gente non ignori soltanto il ruolo essenziale del microbiota, ma addirittura la sua stessa esistenza. Così inizia a sbagliare e a farsi del male già dal mattino. Tutti i giorni. Come? Vado a braccio, menzionando gli errori alimentari più comuni, autentici atti autodistruttivi

della flora intestinale: in casa caffelatte zuccherato; o, ancor peggio, al bar il cappuccino con la schiuma (e sta proprio nella schiuma – un concentrato di caseina – il peggior danno!); succhi di frutta in cartone iperdolcificati; biscotti e fette biscottate altrettanto dolci, intrisi di grassi saturi e prodotti con farine da dimenticare come la 00, la peggiore e ahimè la più usata; merendine spugnose, farcite di vari orrori e per di più glassate; abbondanti cucchiariate di note creme spalmabili con tracce di nocciole, contenenti una “bomba” di quasi il 60% di zucchero, più un 20% di “salutare” olio di palma (che ha tre contaminanti: due “mutageni”, in grado cioè di modificarci il DNA, più uno sicuramente cancerogeno); o, ancora, cereali per la prima colazione dolcificati con il più nocivo dei dolcificanti, lo sciroppo di glucosio-fruttosio, una porcheria presente ormai dappertutto, per di più in dosi massicce.

E così via, sorvolando per decenza e per carità umana sulle schifezze dolci o salate prese a metà mattina e a metà pomeriggio dal distributore automatico. Fino a coronare questo “salutare” regime alimentare quotidiano, all’ora di cena, proprio quando dovremmo mangiare il meno e il più sano possibile, con altre follie alimentari: pizza surgelata; megasacchetti o megatubi di *chips*; panzerotti industriali impanati e già fritti che le mamme e le mogli refriggeranno ancora; sedicente pesce di una strana specie ittica che nuota in mare già impanata e sotto forma di barretta; o, ancora, una generosa porzione di formaggio o un piattone di salumi affettati. Senza dimenticare le lattine o i bottiglioni di bibite dolci e gassate in bella vista al centro della tavola, a dominare questa carrellata di orrori. Verdure? Sì, forse una foglietta di rucola di decorazione, giusto perché “fa fico” come dicono certi *masterchef*.

Beh, in quali condizioni pensate possa essere il vostro microbiota se più o meno ogni giorno – fatevi un sincero esame di coscienza – vi nutrite così? Microbiota che quindi, messo fuori uso dal ripetuto consumo di questi orrori alimentari, non farà più il suo dovere favorendo l’ingresso di tutti i virus, oltre che d’altro. Provate a cambiare abitudini e vedrete che per voi e per i vostri bambini già la sola influenza di stagione diventerà un pallido ricordo. Aggiungo che un microbiota “rotondato” può significare molto di peggio dell’influenza, per esempio l’instaurarsi di gravi malattie autoimmuni. Perché di fronte al vilipendio di una simile alimentazione il sistema immunitario legittimamente si ribella e si scatena contro di noi. E vi posso assicurare – questa è un’altra delle cose non dette e ripetute in modo

sufficientemente forte e chiaro – che dalle patologie autoimmuni a quelle oncologiche il passo è spesso molto breve.

13. Ascoltando una sua intervista televisiva, abbiamo appreso una cosa che forse i più ignorano; e cioè che tutti noi, anche se sani, abbiamo un certo numero di cellule tumorali. Ricordiamo bene?

Perfettamente. Questa è una di quelle cose che tutti dovremmo sapere per conoscere “quali sono” i pericoli, “dove sono” nascosti e “che cosa” dobbiamo e possiamo fare per evitarli. Non pensiamo mai abbastanza al fatto che il buon Dio ci ha creati perfetti, dotati cioè di diversi sistemi basati su altrettanti equilibri. Equilibri che non vanno mai rotti. Quello tra cellule sane e cellule patologiche è uno di questi equilibri. A romperlo può essere una delle tante cause “inevitabili” elencate prima, dall’inquinamento a un grande dolore. Ma poi, come ho spiegato, ci mettiamo noi abbondantemente del nostro. Perché se anche “soltanto” fumiamo, se beviamo regolarmente alcol e facciamo vita sedentaria, quell’equilibrio inizierà a incrinarsi. E loro, le “stramaledette”, inizieranno ad alzare la testa. Se poi mangiamo quotidianamente i cibi industriali di cui ho appena detto, ingozzandoci di pessime materie prime e di abnormi quantità di zuccheri nascosti anche lì dove nemmeno immagineremmo che ci possano essere – come per esempio nelle patatine fritte – il disastro è fatto.

Colgo l’occasione per dire una cosa soprattutto alle mamme: fatto 100 l’indice glicemico (IG) del saccarosio (cioè dello zucchero), quello delle patatine fritte che date con tanta disinvoltura anche ogni giorno ai vostri bambini e ragazzi è 105 (cioè un po’ meno dei “sani” *cornflakes*, che sfiorano quota 120!). Ricordo che per “indice glicemico” si intende la capacità (ma conta anche la velocità) con cui 50 grammi di un determinato cibo alzano la glicemia rispetto a 50 grammi di saccarosio. Il che significa che 50 grammi di patatine la alzeranno del 105%! Più i vostri bambini mangeranno quotidianamente quella robbaccia – magari accompagnata da un bicchierone o due di bibite gassate – e più si avvieranno a grandi passi verso il diabete! E sto parlando di D-I-A-B-E-T-E, non di raffreddore! Mamme avviate...

Quindi, ricapitolando, la somma di queste pessime abitudini – fumo, alcol, sedentarietà e cibo sbagliato – potrà dare come risultato un

drammatico e pericoloso *en plein*. Perché quelle cellule tumorali che ci portiamo dentro e che fino a quel momento erano rimaste a capo chino, sottomesse, non soltanto alzeranno la testa e ci dichiareranno guerra, ma scateneranno la loro rivoluzione; moltiplicandosi in maniera selvaggia e andando a insediarsi in modo anarchico in tessuti ai quali non appartenevano. Per di più – questo è il tragico paradosso – ci “ringrazieranno” se noi continueremo a dar loro da mangiare le cose di cui si nutrono, in primis lo zucchero e tutti i cibi dolci.

14. Ma allora, che tipo di malattia è il tumore, se può colpire diversi organi? Molti si interrogano sul fatto che a essere colpita da un tumore al polmone possa essere, per esempio, anche una persona che non ha mai fumato. Oppure al fegato, pur non avendo mai bevuto alcol. Questo ingenera confusione. Che cosa ci può dire in proposito?

Grazie della domanda, perché mi consente di fare chiarezza su un altro concetto che mi sta molto a cuore: *il tumore non è una malattia d'organo, ma una malattia “sistemica”*. Bisogna spiegarlo subito e bene, perché la maggioranza delle persone è portata a pensare l'esatto contrario. Lo fa legittimamente, dato che nei discorsi sente parlare sempre di tumore del polmone o del colon, della prostata oppure del seno, del fegato o del pancreas e via elencando. Non si tratta soltanto di una convinzione errata, ma di un modo fuorviante – e quindi potenzialmente pericoloso – di vedere le cose.

La verità è che ad ammalarsi per primo è sempre il nostro organismo nella sua interezza. E, alla base di tutto, c'è sempre uno stato infiammatorio cronico, spesso correlato a uno stato di acidificazione del tessuto connettivo. Perché il tumore, anzi “i” tumori, per nascere e per svilupparsi hanno comunque bisogno di un ambiente acido, l'opposto di quello virtuoso mantenuto in condizione basica e cioè alcalina. Questa cosa mettetela bene bene in testa come fondamentale caposaldo per rimanere sani!

Sono poi le cellule tumorali, messesi in viaggio nel nostro corpo sfruttando la circolazione sanguigna, ad andare a insediarsi nell'organo che in quel momento si presenta più debole, più fragile e, quindi, più facile da aggredire e da “occupare”. A volte, ahimè, anche in più di un organo. Vedo troppo spesso patologie infiammatorie, come per esempio colecistiti,

enteriti, gastriti o pancreatiti, diventare altro. Perché erano state prese sottogamba, considerate disturbi minori con cui ci si abitua a convivere, ricorrendo al massimo al rimedio passeggero di farmaci sintomatici. Mentre spesso le soluzioni della causa, alla sua origine, sarebbero a portata di mano con una serie di presidi spesso naturali, quindi non tossici, in grado di eliminare gli stati infiammatori. Gli antichi Romani avevano già intuito questo concetto legato in generale alla capacità della malattia di andare a colpire proprio nel luogo dov'è più facile farlo: parlavano infatti di *locus minoris resistentiae*.

La precisazione è della massima importanza, perché dall'errato luogo comune che il tumore sia una malattia d'organo possono derivare comportamenti altrettanto errati. E quindi pericolosi. Faccio un esempio concreto, riallacciandomi alla domanda. Quante volte avete sentito dire una frase del tipo: "Mio cugino non ha mai fumato, eppure è morto di cancro al polmone. E allora perché io dovrei smettere?". Oppure: "A un mio collega che non ha mai bevuto, nemmeno una birra, hanno scoperto da poco un tumore al fegato. E allora io continuerò a bere come prima". Questo tipo di reazione, fondata sull'umana e istintiva volontà di ignorare il problema – fumo, alcol, alimentazione sbagliata o altro ancora – e quindi di darsi un alibi per poterlo rimuovere, è figlia legittima del luogo comune che dicevo prima: che il tumore, per varie cause, vada a colpire un organo piuttosto che un altro. Con il risultato che questo equivoco porta ad assumere comportamenti pericolosi, autodistruttivi, come appunto chiudere gli occhi e tapparsi le orecchie continuando a fumare, a bere alcol o a rimpinzarsi di cibo spazzatura. O, peggio ancora, a fare tutte queste cose insieme. Credetemi: la Natura molto difficilmente sbaglia, mentre a sbagliare siamo sempre e soltanto noi.

È vero, ci sono persone che hanno condotto esistenze prive di ogni regola e che nonostante ciò sono morte in età molto avanzata. Così, quando parlo di stili di vita corretti, c'è sempre chi alza la mano per ricordare un nonno tabagista o un amico divoratore di salumi, campati entrambi fino a quasi cent'anni. Certo, sono cose possibili, ma si chiamano "eccezioni" e sono rarità miracolose che non possono essere prese a metro di vita. Quindi non significano assolutamente niente, non possono diventare alibi per stili di vita scellerati, perché ognuno di noi è diverso da tutti gli altri e diverse sono anche le nostre eventuali malattie. Questo è un concetto di fondo che mi toccherà ripetere ancora, ma se lo faccio è perché "devo".

15. Ma una volta arrivate all'organo che hanno "messo nel mirino", avendolo individuato come quello più facile da aggredire in quanto più esposto e più debole, che cosa fanno queste cellule ribelli? Come si comportano per sopravvivere?

Ho già detto che la cellula sana riesce a moltiplicarsi per non più di 50 volte all'incirca. La cellula tumorale, invece, non ha alcun limite di riproduzione. Va avanti a moltiplicarsi all'infinito, fino a quando una cura oncologica giusta e mirata, unita a uno stile di vita corretto e ai giusti integratori, non riesce a ucciderla.

Capite quale terribile nemico abbiamo di fronte? La cellula tumorale è intelligentissima, capace di qualsiasi astuzia pur di sopravvivere. Per farlo ricorre a stratagemmi impensabili, come per esempio quello di bloccare il naturale processo di apoptosi tipico delle cellule sane, accelerando invece il proprio processo di divisione e moltiplicazione. Oppure sfodera la sua perfida e collaudata capacità di creare resistenza a un chemioterapico, rendendo di fatto vana la terapia e lasciando al paziente soltanto il danno degli effetti collaterali.

Questo già dovrebbe bastare a far capire come i protocolli chemioterapici standard, uguali per tutti, si possano spesso rivelare inadeguati. Perché, se si sviluppa una resistenza e i marcatori tumorali anziché scendere continuano a progredire, che senso ha incaponirsi e continuare con la medesima e immutata terapia, trincerandosi dietro alla frase "Questo è il protocollo"? Appare evidente a tutti che sarebbe necessario cambiare qualcosa, arrivando cioè a un'auspicabile personalizzazione delle cure. Da qualche tempo se ne sente parlare, ma ancora troppo timidamente e in modo sommesso. Forse, azzardo, perché la chemioterapia personalizzata richiederebbe da un lato una riorganizzazione del lavoro negli ospedali; e dall'altro perché un uso dei farmaci non più standard, in quanto a dosi variabili e magari più basse, decise dall'oncologo paziente per paziente, andrebbe a toccare notevoli interessi economici. Ma visto che so bene che cos'è la personalizzazione delle terapie, dal momento che la applico da anni a San Marino, ne parlerò più avanti e con maggiori dettagli.

16. Che cos'è l'angiogenesi? È vero che costituisce una delle più potenti armi di sopravvivenza della cellula tumorale?

Ahimè, lo confermo. Anche se è più corretto parlare di *neo-angiogenesi*, per distinguerla appunto dall'angiogenesi vera e propria, che è invece un processo virtuoso dell'organismo sano. Parto proprio da qui, sia per non ingenerare confusione sia per fare capire meglio la differenza tra ciò che fanno le cellule sane in nostra difesa e come si comportano invece quelle tumorali contro di noi. L'angiogenesi è un fenomeno che l'organismo sano mette in atto in modo assolutamente virtuoso, quindi positivo. Per esempio, dopo una ferita, per favorire il processo di cicatrizzazione. In questo caso l'organismo secerne fattori di crescita mirati e calibrati che “danno l'ordine” di dividersi alle cellule endoteliali (sono quelle che rivestono sia il cuore sia i vasi sanguigni e linfatici); e questo proprio per produrre i neo-vasi necessari a nutrire di sangue e di ossigeno il tessuto che bisogna ricreare. Una volta raggiunto però questo scopo, quando cioè la ferita si è cicatrizzata, altrettanto virtuosamente le cellule sane interrompono la produzione dei fattori angiogenetici e iniziano a secernere invece quelli anti-angiogenetici. Questo perché, avendo portato a termine la loro missione eccezionale, possono rientrare nei ranghi. E tutto ritorna nella normalità. Non è meraviglioso?

17. E la neo-angionenesi, allora, che cos'è? Come agisce “contro” di noi?

La neo-angiogenesi è, invece, l'esatto opposto: è la micidiale capacità che ha la cellula tumorale di creare appunto neo-vasi sanguigni assolutamente “suoi” e per fini altrettanto esclusivamente suoi. Potrei definirli vasi abusivi, proprio come lo sono certe villette e palazzine venute su senza licenza edilizia – veri “cancri” del paesaggio – con il risultato di deturpare i nostri litorali. Sono neo-vasi del tutto abnormi, anche deformi nell'aspetto, se messi a confronto con quelli naturali costruiti dalle cellule sane per il bene dell'intero organismo. La cellula neoplastica autoproduce invece questi neo-vasi a scopo egoistico, per trarne l'ossigeno e il sangue con cui nutrirsi, per rimanere in vita e per continuare a riprodursi. Potrei dire che abbia copiato, a fin di male, la mirabile scienza “ingegneristica” dell'angiogenesi; l'ha copiata, inserendovi però la sua variante perversa.

Infatti, dopo aver creato i “suoi” vasi abusivi, la “stramaledetta” salta l’ultimo passaggio, “dimenticandosi” di produrre i fattori anti-angiogenetici necessari per porre termine al processo. Con il risultato che questa produzione di “falsi” prosegue all’infinito, invadendo i tessuti e diventando metastasi.

Non a caso, da qualche anno, una delle armi più recenti ed efficaci a disposizione di noi oncologi è una famiglia di farmaci chiamati appunto *anti-angiogenetici*, caratterizzati sia da un alto costo sia dalla necessità di saperli usare nel modo corretto. È comunque un fatto che rappresentino un’arma spesso irrinunciabile proprio perché vanno a tagliare i “condotti” attraverso i quali i neo-vasi danno nutrimento alla cellula tumorale. Per farvi capire come funzionano, cercate di immaginare una pompetta come quelle che usate per gonfiare i palloni dei bimbi al mare; bene, la pompetta è il neo-vaso, mentre il pallone è la cellula tumorale. Se tagliate il tubo che soffia dentro l’aria, il pallone si sgonfierà. Questo è il lavoro svolto dai farmaci anti-angiogenetici: funzionano cioè da “forbici intelligenti”, tagliando là dove si deve tagliare, con il risultato che la cellula malata muore di fame.

18. Fin qui ora ci è chiaro. Ma come fa la cellula tumorale a sfuggire alle sentinelle del sistema immunitario?

Per capire meglio, è opportuno avere prima ben presente che cosa avviene invece quando tutto funziona a dovere. Funziona così: le sentinelle del sistema immunitario, ossia gli anticorpi e le immunoglobuline, riconoscono una cellula anormale in quanto è ricoperta dai cosiddetti antigeni di superficie, che quando l’organismo è sano fanno scattare il sistema d’allarme. Le “sentinelle” inviano così il loro segnale al sistema immunitario, il quale a sua volta manda in campo le truppe d’attacco – i linfociti T e i *Natural Killers* – che distruggono l’intrusa. Ma questo accade, ripeto, quando tutto funziona a dovere.

Può però succedere che l’equilibrio del sistema immunitario sia alterato, o proprio malconco, per alcune delle tante cause esterne elencate prima (inquinamento, grandi dolori, stress), così come per quelle che scateniamo noi stessi con uno stile di vita sbagliato (fumo, alcol, alimentazione scorretta, scarsa attività fisica). O, ancora, può succedere che le cause siano

di entrambi i tipi, sommandosi tra loro e diventando così concause. Basandomi sulla mia casistica, posso dire che il più delle volte è colpa nostra, perché dimentichiamo di fare le cose giuste e ci incaponiamo invece a ripeterne ogni giorno tante altre sbagliate. Succede così che il nostro “impianto d’allarme” smetta di funzionare come dovrebbe, o si guasti del tutto, lasciando entrare gli intrusi.

La cellula tumorale, allora, se ne approfitta. Lo fa “camuffandosi”, nascondendo i suoi antigeni di superficie. E lo fa usando diversi e perversi stratagemmi. Ricorre per esempio alle glicoproteine prodotte dai processi infiammatori. Oppure, quando serve, ne secerne di sue. O ancora, e qui siamo davvero all’incredibile, libera antigeni che fungono da esca, sviando cioè gli anticorpi e portandoli fuori bersaglio come fanno i moderni aerei da combattimento con i *flares*, le scie luminose che ingannano i missili nemici teleguidati dai laser. Avrete senz’altro visto come funzionano in qualche film di guerra. Può sembrare incredibile, ma le “stramaledette” hanno imparato a fare anche questo.

E non è finita: altre cellule tumorali riescono addirittura a nascondere gli antigeni all’interno del citoplasma, in modo da non farli vedere. Altre ancora gli antigeni non ce li hanno nemmeno più, dato che a forza di suddividersi sono riuscite a modificare via via la propria struttura. Gli studi in materia ci dicono infatti che le cellule tumorali (così come tutte le cellule, anche quelle sane) “comunicano” costantemente tra loro, passandosi informazioni che poi utilizzano proprio per modificarsi e per ingannare il sistema immunitario. Per questo ho già detto che definirle “intelligenti” è ben poca cosa, purtroppo. Sono autentici geni del Male.

19. Che cosa si intende invece per *fattori di crescita cellulare*? Li dobbiamo temere?

La risposta non può essere univoca. La valutazione varia infatti, e di molto, a seconda del punto di vista dal quale li prendiamo in considerazione. Se li osserviamo in senso generale e accademico, potremo parlare positivamente di proteine (perché tali sono) chiamate a svolgere un ruolo virtuoso: quello di stimolare la proliferazione e il differenziamento cellulare; agendo quindi come indispensabili fattori del continuo e corretto processo di evoluzione

del corpo umano che prevede appunto la nascita, lo sviluppo, la morte (apoptosi) e la successiva rinascita delle cellule sane.

Ma all'occhio di chi, come me, combatte contro i tumori e ha a che fare ogni giorno con le cellule malate, la valutazione dev'essere diversa. O quantomeno va obbligatoriamente preceduta da una voce verbale: "Dipende". Perché se l'organismo umano si trova in un perfetto equilibrio di omeostasi, problemi non ce ne saranno. Ma se quell'equilibrio è stato invece rotto, innescando già – anche a nostra insaputa, come spesso succede – un processo tumorale, le cose cambiano. E di molto. I fattori di crescita hanno infatti un grosso limite: non sanno distinguere se quelle che stanno facendo crescere sono cellule sane oppure tumorali. Con tutte le immaginabili conseguenze.

Non è quindi un caso che io dedichi tanta importanza e tempo alla definizione di regimi alimentari studiati *ad personam*. Questo perché certi alimenti, anche se naturali, hanno carichi eccessivi di fattori di crescita; e consumarli in eccesso, per di più ogni giorno, può diventare un serio rischio. Esistono ovviamente alcuni capisaldi di ordine generale. Come lo è sapere, per esempio, quali sono i cibi da evitare o da ridurre drasticamente in quanto apportano troppi fattori di crescita (le arance, per esempio). Oppure quali di essi sono invece particolarmente acidificanti (zuccheri e latticini su tutti). O, ancora, quali hanno uno spropositato carico di ormoni animali e fattori di crescita incompatibili con i nostri (latticini e carni). Capisaldi che, all'opposto, ci suggeriscono inoltre quali alimenti possono essere d'aiuto; sia per prevenire un'infinità di malattie sia per potenziare in modo sinergico l'effetto curativo delle terapie.

Perciò, quando ho davanti a me un paziente in prima visita, qualunque sia la sua patologia cerco di capire che cosa abbia mangiato da sempre e ogni giorno: la monotonia alimentare è infatti la peggiore e più malsana delle abitudini. Peccato che sia frequentissima per tradizioni famigliari, geografiche o, banalmente, anche soltanto per gola. Se indago sempre a fondo anche sulle abitudini alimentari, è proprio per individuare gli errori più frequenti e ovviamente per correggerli; suggerendo, per esempio, di mangiare di più certi alimenti, di ridurre sensibilmente il consumo di altri, ma molto spesso di eliminare del tutto quello di altri ancora, soprattutto se il paziente che sto visitando ha una malattia oncologica accertata. Il cibo è infatti la fonte principale dei fattori di crescita. In altre parole, ne è la principale "fabbrica" che li fornisce ogni giorno, tre volte al giorno.

Per questo mi infurio davvero ogniqualvolta apprendo che cosa si erano sentiti rispondere pazienti oncologici giunti da me in prima visita – ennesima tappa dei loro dolorosi peregrinare – alla precisa domanda su che cosa sarebbe stato meglio mangiare. Mi infurio perché perfino malati già sottoposti a terapie pesantissime si erano sentiti dire: “Tutto quello che volete, perché queste sono stupidaggini e manie modaiole”. Risposta ahimè quasi standard, con l’aggravante di essere data spesso in tono scherzoso o a volte addirittura visibilmente seccato. Di conseguenza, mi capita di infuriarmi molto spesso, perché ritengo che nessun medico possa dare a un paziente una risposta così sciagurata. Doppia sciagurata se il paziente è oncologico. Ma di questo ne riparleremo più avanti, e più diffusamente, facendo un “ripasso” delle mie linee guida alimentari.

20. Dottoressa, lei prima si è lasciata scappare una cosa che inquieta molto: nella maggior parte dei casi la proliferazione delle cellule neoplastiche inizia e si insedia senza che noi lo immaginiamo. La domanda quindi è: ma i tumori non dovrebbero darci segnali o sintomi?

Non è sempre così, purtroppo. Non c’è mai una risposta sola, ma un’infinità di risposte. Inizierò col ricordare che molti tumori, direi la maggioranza, possono “nascondersi” dietro a un’iniziale e innocente forma di stanchezza cronica mai avuta prima e che non accenna a passare, ma che viene attribuita ad altre cause, sottovalutando così il sintomo e attribuendolo di volta in volta al troppo lavoro, allo stress, a un periodo particolarmente difficile per problemi famigliari. Nel caso in cui il disturbo – qualsiasi disturbo, anche se piccolo! – tendesse a continuare, io esorto tutti a rivolgersi sempre senza esitazione al proprio medico di base o a un bravo internista, per farsi prescrivere una serie di esami essenziali, per me assolutamente indispensabili per poter fare diagnosi. A questo proposito rivolgo un accorato appello ai colleghi medici di base perché non siano mai “tirati” nel prescriverli. Devo farlo anche se, ahimè, so bene che la “manica stretta” non dipende da loro, “dissuasi” e intimoriti come sono da diktat di politica sanitaria dettati unicamente da scelte economiche.

Quali sono per me gli esami indispensabili? Senz’altro, per prima cosa, l’esame completo del sangue comprendente emocromo, il PSA per gli

uomini per accertare le condizioni della prostata, la calcemia e i valori delle funzionalità tiroidea, epatica e renale. E ancora l'esame delle urine, con il fondamentale valore della loro acidità (il pH). Considero irrinunciabile anche il test per la ricerca di eventuale sangue occulto nelle feci (meglio se su tre campioni). Inoltre, sul fronte strumentale, aggiungo un'ecografia dell'addome completo e, se possibile, una radiografia del torace soprattutto nel caso in cui il paziente sia fumatore/fumatrice o se in famiglia ci sono stati casi di tumori del polmone.

Detto questo, esistono purtroppo tumori che di sintomi non ne danno affatto, come per esempio quello renale, ed è un problema particolarmente grave dato che il tumore al rene non ha quasi mai un decorso facile e tantomeno un epilogo indolore. Lo stesso può accadere con il tumore primitivo del fegato, anche se questo qualche sintomo lo dà. Per impensabile che sia, a non dare segnali riconoscibili è spesso anche lo stesso tumore polmonare, a seconda della gravità e dello stadio più o meno avanzato in cui si trova. Certo che poi, con il passare dei mesi e con l'aggravarsi della situazione, arriveranno anche i sintomi, decisamente eloquenti e rivelatori: attacchi di tosse, sangue nella saliva, dolore al petto, alle spalle o alla colonna vertebrale che non passa; e a volte dispnea (cioè difficoltà di respirazione) e affaticamento anche per sforzi minimi.

Ci sono comunque tumori con sintomi ben identificati e identificabili. Caratteristico, per esempio, il campanello d'allarme rappresentato dai noduli al seno, rilevabili però in modo precoce con l'autopalpazione, pratica che andrebbe insegnata da subito anche alle giovanissime, soprattutto in considerazione del progressivo abbassamento dell'età in cui oggi questo tumore si manifesta. Parlando di tumore al seno, voglio aggiungere una mia osservazione, consolidatasi via via sui sempre più numerosi casi di questa patologia tra le giovani mamme. Mi spiego: una gravidanza, oltre a rappresentare il più meraviglioso evento nella vita di una donna, sottopone comunque il suo organismo a uno stress, e soprattutto a un "bombardamento" ormonale del quale però ci si dimentica troppo spesso. E gli ormoni, per me oncologa, rimangono comunque delle gran brutte bestie. Così, nella travolgente e legittima gioia della nascita e con l'attenzione giustamente concentrata sulle condizioni del bimbo, molto di rado le neomamme vengono monitorate anche sotto il profilo oncologico, magari con una semplice ecografia al seno. Succede quindi che certe anomalie vengano scambiate – e ahimè curate – come mastiti, mentre non lo sono

affatto. Troppo spesso mi capita di visitare giovani mamme che anche solo pochi mesi dopo il parto scoprono un tumore al seno. Parlandoci a lungo e approfonditamente, cercando di far ricordare loro tutti i possibili “segnali” pre o post parto, vedo emergere sempre più frequente una coincidente circostanza: il bambino non si attaccava al seno e rifiutava proprio “quel” capezzolo. Circostanza tanto coincidente che ormai la verifico sempre. Ma anche circostanza illuminante, direi quasi “magica”, perché è in grado di far capire a noi medici quanto ancora ignoriamo della meraviglia del corpo umano. Per questo, amiche donne, ve lo dico: quel segnale scambiato magari per capriccio del piccolo, non è forse “una prova scientifica”, come ironizzeranno i soliti saccenti, ma io dico che può rappresentare una tempestiva forma di prevenzione. Gratuita e priva di controindicazioni.

A dare segnali precisi sono anche i tumori dello stomaco, sempre accompagnati da dolori, eruttazione insistente e ovviamente da difficoltà digestive. Quanto al tumore al colon, si preannuncia con un dimagrimento insolito, cambio delle abitudini intestinali – chi era tendenzialmente stitico diventa colitico, e viceversa – ma anche con sangue nelle feci che viene spesso scambiato – o ahimè a volte diagnosticato! – come un problema alle emorroidi.

Per il tumore all’utero vanno tenute d’occhio eventuali perdite di sangue a livello vaginale, ma anche “fitte”, pur se gli episodi sono lontani tra loro, perfino a distanza di mesi. Soprattutto, queste perdite non devono esserci MAI nelle donne in menopausa: significa che qualcosa non sta andando. Questo succede di norma – lo grido forte! – per colpa della *terapia ormonale sostitutiva* (TOS), una pericolosa scelleratezza contro Natura, prescritta purtroppo da anni con eccessiva facilità. La menopausa non è infatti una patologia, ma una condizione fisiologica antica quanto l’Umanità, che qualcuno si è messo in testa di stravolgere usando per di più farmaci – gli ormoni – in un’età in cui la Natura ha previsto che essi debbano invece “spegnersi”. I rischi oncologici della TOS sono infatti altissimi, così come posso constatare da anni, ogni giorno, nelle pazienti che visito!

E se non basta la mia esperienza personale, citerò i risultati della revisione di 51 studi epidemiologici su donne in terapia ormonale sostitutiva. Revisione che ci conferma come il rischio di sviluppare un tumore al seno vada dall’1,1% al 3,6% per ogni anno di questa terapia. E cito in proposito il volume *Medicina oncologica* (capitolo “Tumore al

seno”), testo sacro per tutti noi oncologi, scritto dal professor Gianni Bonadonna. Consiglio quindi a tutte le donne in menopausa di smettere l’assunzione di queste terapie sostitutive.

Peraltro, esistono diverse soluzioni per ovviare in modo assolutamente “naturale” ai disturbi legati alla menopausa: da un corretto regime alimentare individuale – che viene prima di tutto – all’assunzione di specifici probiotici; da un’attività fisica moderata alla fitoterapia (con prodotti a base di cimicifuga o di trifoglio rosso); da integratori naturali all’uso di gel all’ozono o all’acido ialuronico per ovviare alla secchezza vaginale.

Quello che ho detto relativamente alla TOS, e per gli stessi motivi, vale anche per le pillole anticoncezionali, che per me sono “bombe a orologeria”: tanti più sono gli anni di assunzione, tanto più alto sarà il rischio che si possa instaurare un tumore.

21. Dottoressa, per fare chiarezza, che cosa si intende quando viene diagnosticato un tumore benigno, rispetto a uno maligno? Che differenze ci sono, in concreto?

Inizio col dire che la distinzione di massima tra benignità e malignità di un tumore è di ordine clinico, in quanto si riferisce alla diversa possibilità di sopravvivenza spontanea: che è di norma prolungata in quelli benigni, mentre è caratterizzata da un’evoluzione veloce e mortale in quelli maligni, non a caso definiti “cancri”, proprio per distinguerli dagli altri.

Fatta questa distinzione accademica, tengo a dire chiaramente che uno dei più pericolosi errori è proprio quello di sottovalutare, ma direi soprattutto di “far” sottovalutare ai malati un eventuale tumore benigno. Questo, per un motivo tanto semplice quanto estremamente crudo: perché il tumore benigno può sempre trasformarsi e diventare maligno, soprattutto se la diagnosi non viene accompagnata dalla forte raccomandazione al paziente di cambiare drasticamente stile di vita. Lasciandolo invece in una condizione di legittima ignoranza, gli si consentirà di continuare a “nutrire” ancora il tumore, così come ha fatto per anni. Il medico può infatti diagnosticare e prescrivere una terapia, ma sarà tutto inutile se il paziente, con i suoi comportamenti, si ostinerà a “remare” contro.

Allo stesso modo, per la medesima ragione, mai mi permetterò di dire a un paziente: “Stia tranquillo, la sua è una banalissima pancreatite”, oppure “una semplice colecistite”. Perché dall’esperienza clinica ho imparato come queste patologie che finiscono con la desinenza “ite”, se ripetute e non curate, hanno la pessima abitudine di diventare poi ben altro. E cioè altrettanti tumori. Vale per un’enterite, per un’epatite, per una prostatite e via elencando. Quindi “banalissima” un corno! La gente deve saperlo; ne va della salute e ne può andare della stessa vita. A maggior ragione, insisto nel ribadire che anche in questi casi il paziente DEVE conoscere tutto, o quantomeno il più possibile, proprio per comprendere che la sua salute futura non dipenderà soltanto dalle terapie che riceverà, ma anche dal suo nuovo stile di vita, prima e irrinunciabile forma di prevenzione e cura.

22. Quali sono allora le caratteristiche specifiche che aiutano a distinguere un tumore benigno da uno maligno?

Prima di tutto, il tumore benigno ha una forma regolare, è ben separato dal tessuto normale ed è quindi più facilmente individuabile e asportabile chirurgicamente. Secondariamente non è invasivo, termine comprensibile da tutti. È inoltre differenziato, il che significa che la sua struttura è simile a quella del tessuto normale. Si caratterizza positivamente anche per rara attività mitotica; questa, detta anche cariocinesi, è un processo di riproduzione asessuata delle cellule cosiddette eucariotiche attraverso la quale da una singola cellula se ne formano due, figlie geneticamente identiche alla progenitrice. Il tumore benigno è poi caratterizzato da una crescita lenta e presenta rarissime anaplasie (che si hanno invece quando le cellule perdono le loro caratteristiche specifiche andando ad assumere un aspetto indifferenziato e atipico). Infine, il tumore benigno è senza metastasi; non presenta cioè una riproduzione e disseminazione delle sue cellule malate in altri organi, diversi cioè da quello dove la malattia è *in situ*, dove insomma ha colpito.

Le “traduzioni” di questi termini tecnici aiutano anche a comprendere che cosa sia invece un tumore maligno. Che, all’opposto, si presenta di forma irregolare e quindi invasivo dei tessuti adiacenti. Non solo: oltre a essere poco o scarsamente differenziato, con mitosi frequenti e con una crescita rapida, è caratterizzato tanto dalla presenza di anaplasie quanto da

quella di metastasi. Questa somma di negatività del tumore maligno – o meglio del cancro, per chiamarlo con il suo nome – impone spesso al chirurgo la necessità di “demolire” una vasta parte del tessuto sano accanto.

Tutte queste differenze dovrebbero essere evidenziate dall’esame istologico, attraverso il quale si cerca appunto di capire di che natura sia il tumore. L’istologico, esame effettuato al microscopio su un campione del sospetto tessuto malato prelevato con biopsia, indaga infatti su tre parametri: 1) morfologia e tipologia delle cellule del tessuto colpito; 2) differenziazione del parenchima (termine che sta a indicare come le cellule si raggruppano); 3) infine lo stroma, ovvero il tessuto di sostegno che nutre il tumore. Se ho usato il condizionale – “dovrebbero” – è perché non sempre l’esame istologico è in grado di riconoscere con assoluta certezza qual è il tessuto d’origine, quello cioè dove il cancro si è sviluppato.

23. Sappiamo che alcuni medici, pur riconoscendo alla biopsia (e al successivo esame istologico) una grande capacità di diagnosi, non la vedono incondizionatamente di buon occhio. Qual è il suo punto di vista?

A rigor di logica, di questo argomento dovrei occuparmi più avanti, nell’ampio capitolo dedicato alla cosiddetta prevenzione secondaria, e cioè alle diverse armi di diagnosi a disposizione, ma capisco che essendo così strettamente legato all’identificazione di cosa si intende per tumore, si rende giocoforza necessario parlarne qui, adesso. Quantomeno per non interrompere il filo del ragionamento e quindi della *conoscenza*.

Inizio ricordando che la biopsia è prevista dalla legge sia per poter iniziare un trattamento chemioterapico sia per procedere a un intervento chirurgico. E questo va a sacrosanta garanzia del paziente e, secondariamente, anche del medico. Il perché è facile da capire. Nel caso in cui venisse iniziata una terapia aggressiva o un’operazione demolitiva senza esame istologico, scoprendo solo successivamente che il tumore non era maligno, il paziente avrebbe validi motivi per intentare un’azione giudiziaria nei confronti del medico; il quale, ovviamente, andrebbe incontro a severe conseguenze sia sotto il profilo giudiziario sia sotto quello deontologico da parte dell’Ordine professionale.

Proseguo dicendo che, in base alle linee guida, l'esame istologico dopo la biopsia è considerato al momento il solo in grado di diagnosticare un cancro in modo sicuro. È però anche vero che non si tratta di una infallibilità assoluta, così come del resto non lo è nulla, su questa Terra. Ciò fa sì che ci siano molti colleghi, me compresa, che pur basandosi ovviamente sempre sui risultati dell'esame biptico, nel doveroso rispetto della legge, non possono non individuare in questa tecnica anche possibili limiti, oltre agli indiscutibili punti di forza. E anche qualche rischio.

I limiti? Potrei citare tanti casi di biopsie al seno eseguite tramite agoaspirazione e risultate negative all'esame istologico; ma rivelatesi successivamente errate dall'evolvere delle condizioni della paziente. Nel senso che il cancro, invece, c'era: è quello che chiamiamo "falso negativo". Con tutte le intuibili conseguenze in termini di tempo perso e quindi concesso alla malattia per progredire. Questo può succedere perché si tratta pur sempre di un prelievo eseguito da un medico che, per quanto esperto e bravo, è per forza di cose un uomo, dunque fallibile. Trattandosi, per esempio, di un tumore millimetrico, "nascosto" magari in un'ampia zona di esplorazione, non si può escludere la possibilità che l'ago aspiri soltanto cellule sane. Inducendo appunto in quel falso negativo che dicevo.

Quanto ai rischi, appare chiaro a tutti che tanto un'agoaspirazione quanto una biopsia, per la loro pur infinitesimale invasività comportano un sanguinamento e un conseguente ematoma tissutale. Il che porta alla morte delle cellule sanguigne contenute nel campione e alla liberazione di un fattore di crescita – il PDGF – contenuto nelle piastrine. Fattore di crescita del quale potrebbero approfittare le cellule cancerose. Inoltre, non si può mai escludere il rischio che, nello sfilare l'ago al termine di una biopsia, i tessuti sani attraversati dall'ago possano venire contaminati. Sempre più specialisti stanno infatti rinunciando a praticare quantomeno l'agoaspirazione delle microcalcificazioni, individuabili peraltro oggi con esami ben più sicuri in quanto esenti da questo rischio. E ancora, la biopsia effettuata in più punti su un tumore già aggressivo di suo, creando infiammazione lo rende ancora più cattivo e veloce nella replicazione. Qualora la paziente decidesse di farsi asportare un nodulo sospetto, sarebbe auspicabile un esame eseguito "in estemporanea" in sala operatoria, evitando così la biopsia.

24. Quando si sente parlare di tumori – ne ha fatto cenno anche lei poco fa – si ricorre spesso al concetto di differenziazione. Intuiamo che sia importante per “mettere a fuoco” il tipo di neoplasia, ma non capiamo bene in che modo. Ce lo spiega?

Giusta domanda. Come infatti avevo detto prima, parlando delle caratteristiche distintive tra tumori benigni e maligni, il tumore differenziato è quello che ci “tranquillizza” di più – se mi passate questa espressione forzatamente relativa – in quanto significa che ci troviamo di fronte a un tumore non aggressivo. “Differenziato” significa che il suo tessuto è simile a quello normale. La situazione inizia ad aggravarsi e a preoccuparci quando individuiamo un tumore “mediamente differenziato”, in cui invece il tessuto ha qualche carattere di quello normale, ma con alcune varianti che ovviamente non ci piacciono. La situazione peggiore è quella in cui si parla di “tumore indifferenziato” (o anaplastico), in cui nulla consente di riconoscere il tessuto originario; e questo non ci dice niente di buono. Infatti, più una cellula è indifferenziata e più si rivelerà aggressiva, cattiva, veloce nella sua azione, metastatizzante e per di più resistente alle terapie che possono essere messe in atto. Le cellule del tumore non hanno infatti più nulla in comune con quelle del tessuto originario. La cosa peggiore, per chi fa il mio lavoro, è dover constatare come da qualche anno a questa parte il numero dei tumori indifferenziati sia purtroppo in allarmante aumento.

25. Chi vive direttamente queste situazioni sulla propria pelle, o indirettamente assistendo un familiare o un amico, impara a conoscere altre classificazioni del tumore, caratterizzate da una lettera G e da un numero. Che cosa stanno a indicare?

La stessa cosa spiegata prima. Quelle G (che stanno per *Grading*, e cioè graduazione), seguite da un numero che può andare da 1 a 4, ci dicono il grado di aggressività di un tumore e vengono utilizzate per certe determinate neoplasie come quelle dei tessuti molli. Sono, insomma, un’elaborazione visivamente più immediata di quei gradi di differenziazione dei tumori che abbiamo preso in esame poco fa. Quindi vanno lette così: il G1 sta a indicare un tumore ben differenziato, mentre il G2 si riferisce a uno moderatamente differenziato. Le cose cominciano a farsi serie quando si sale al G3, scarsamente differenziato, che come ho

detto segnala cellule dall'aspetto già molto difforme rispetto a quelle del tessuto normale. L'allarme sale ovviamente al suo grado massimo quando ci troviamo davanti a un G4, cioè nel caso di tumore indifferenziato, senza altri aggettivi per mitigarne la gravità; questo perché le sue cellule sono in anaplasia; ovvero, come dicevo, non hanno più nulla in comune con quelle del loro tessuto d'origine.

Esiste poi un'altra classificazione, indicativa dello status della malattia e della sua prognosi: si declina, salendo per gravità, da Stadio 0 a Stadio IV. Si tratta di un importante aiuto all'oncologo per studiare quali possono essere le cure e le terapie più appropriate. Lo Stadio 0 ci indica che la percentuale di guarigione è di fatto assoluta, pari al 100%; è il carcinoma *in situ*. Lo Stadio I e lo Stadio II sono moderatamente e prudentemente rassicuranti in quanto ci dicono che siamo a una fase iniziale e che la prognosi è di norma favorevole; soprattutto se, come si dice in gergo medico, non sono stati "presi" i linfonodi. Se invece siamo allo Stadio III, l'esperienza e la casistica dovrebbero suggerire di associare alla chirurgia una terapia "sistemica", cioè adiuvante. Ma qui si aprono due scuole di pensiero, anche se ovviamente ogni caso è sempre diverso da un altro e va valutato in base all'incrocio di un'infinità di fattori individuali, paziente per paziente. C'è chi – la prima scuola, la più diffusa – parte sempre e comunque dalla chirurgia, per poi applicare nel post la terapia chemioterapica. C'è poi la seconda scuola, nella quale mi riconosco, che trova più prudente iniziare invece con la terapia neo-adiuvante proprio per "ridurre" innanzitutto la dimensione del tumore e soltanto dopo passare in sala operatoria. Ma di questo parlerò nella sezione riservata alle cure.

Lo Stadio IV indica invece, senza possibilità di equivoci, che siamo di fronte a una malattia avanzata, con presenza di metastasi. Ci dice inoltre che la guarigione, purtroppo, sarà complessa. Tutto però dipende sempre dal tipo di tumore; se per esempio siamo di fronte a un GIST (tumore stromale gastrointestinale), grazie a un nuovo farmaco biologico chiamato Imatinib si può guarire. Altri tipi di tumore magari no, anche se non bisogna mai perdere la speranza!

26. Sentire queste spiegazioni da parte di chi, come lei, svolge da 25 anni questo terribile e al tempo stesso importante lavoro, non può non spaventare. Ma ci fa anche capire, una volta di più, quanto importanti

siano tanto la prevenzione – per limitare al minimo l’insorgere di un tumore – quanto la diagnostica per accorgersene per tempo e poterlo quindi combattere. È corretto?

Certo, le due cose sono legate tra loro. Ma sono anche due argomenti così importanti da non poter essere liquidati in fretta, richiedendo quindi seri approfondimenti che farò più avanti. Già soltanto il discorso dell’alimentazione come arma di *prevenzione primaria* – al quale non a caso ho dedicato due libri, oltre che anni e anni di studio e lavoro – richiede ampio spazio e offre una variegata sfaccettatura di argomenti. E molto c’è da dire anche sulla *diagnostica*, dal momento che, per esempio, esistono oggi esami dalle straordinarie potenzialità, anche predittive; esami usati ogni giorno in tutto il mondo, ma che inspiegabilmente in Italia sono di fatto sconosciuti alla stessa classe medica. Potrei anche dire: ignorati del tutto. Esami che, per di più, hanno anche costi affrontabilissimi, soprattutto se messi a confronto con la mole delle informazioni che ci danno. Questo tengo a sottolinearlo proprio perché la diagnostica è il fondamentale strumento di prevenzione secondaria, quella che cioè ci dovrebbe dare la possibilità di individuare il prima possibile la presenza di un tumore. Nella battaglia contro il cancro, infatti, il fattore tempo è essenziale. Per tutto quanto ho appena detto, si tratta di tematiche che meritano un ampio spazio di approfondimento, proprio per poter essere sviscerate – e comprese – il più e il meglio possibile.

Parte 2

LA PREVENZIONE PRIMARIA

Mangiare in modo corretto, fare attività fisica, smettere definitivamente di fumare, imparare a evitare gli stress

27. Seguendo il suo suggerimento, apriamo lo spazio dedicato alla prevenzione. Da dove cominciamo?

Cominciamo col ricordare che ci sono due tipi di prevenzione: *primaria* e *secondaria*. La primaria è quella che possiamo fare noi stessi cercando di ridurre o, se possibile, di eliminare l'esposizione del nostro organismo ad alcune cause scatenanti del cancro. Questo significa innanzitutto adottare uno stile alimentare sano e corretto, destinato a durare per sempre, diventando appunto *regime alimentare*. Questo proprio per distinguerlo anche concettualmente da una temporanea, e quindi sempre inutile, dieta. Io mi rifiuto perfino di usare la parola "dieta" che, non a caso, scrivo con la "d" minuscola; le diete le lascio ai magazine e a certi inquietanti blog e siti Internet che diffondono perlopiù idiozie e bestialità potenzialmente pericolose.

Lo stile di vita che dico io include poi il **definitivo abbandono delle sigarette** dal momento che, come spiegherò, ridurle non basta! E infine cercare di fare un po' di movimento.

La *prevenzione secondaria* – e cioè la *diagnostica* – è la capacità e possibilità di individuare i tumori e le loro lesioni iniziali il più precocemente possibile, in modo da ottenere un duplice risultato: bloccare l'aggressione del male prima che possa estendersi producendo danni ancora più gravi; e, al tempo stesso, per fare sì che le eventuali cure possano essere il meno aggressive possibile e quindi con minori effetti collaterali. È evidente che, se la prevenzione primaria possiamo gestirla noi stessi, magari sotto la guida di un bravo medico, quella secondaria richiede una capacità di diagnosi e di "lettura" dei sintomi che solo i bravi professionisti sono in grado di assicurare, ovviamente sulla base dei risultati di specifici esami. Insomma, non ci si cura su Internet, né con i gruppi WhatsApp o su Facebook! Né tantomeno seguendo i consigli di ciarlatani non laureati, né

oncologi e che, soprattutto, non hanno mai visto e visitato un malato in vita loro. Questo almeno si spera, per fortuna dei malati!

28. Certo, tutto chiaro, ma che cosa possiamo fare noi uomini e donne contro aggressioni quotidiane come per esempio l'inquinamento?

L'ho detto prima: ci sono purtroppo fattori ambientali contro i quali possiamo fare poco o nulla. L'inquinamento atmosferico è il nostro primo nemico in quanto ci avvolge, ci viviamo immersi dentro. Le nostre città, grandi o piccole, sono diventate camere a gas e questa è per forza di cose una nostra colpa collettiva, dal momento che nessuno di noi vuole ovviamente rinunciare all'automobile, all'impianto di riscaldamento d'inverno e al condizionatore d'aria d'estate. Tutte comodità che ci rendono senz'altro la vita più comoda e piacevole, ma che inevitabilmente producono e disperdono nell'ambiente polveri e inquinanti di vario genere. Certo, molto si sta facendo per abbattere questi contaminanti; sia con il ricorso a fonti energetiche alternative, come il fotovoltaico (pannelli solari) o l'energia eolica, sia diffondendo lo sviluppo dell'auto elettrica. O anche, più semplicemente, con un maggiore uso dei mezzi pubblici o della bicicletta.

Tutto bene, anche se pur non essendo io un ingegnere, ma “soltanto” un medico, non sono poi così ottimista. Infatti, se da un lato per modificare il parco auto in modo non inquinante saranno necessari decenni, dall'altro è un fatto che per produrre quell'energia elettrica in maniera tradizionale rischiamo altro inquinamento da combustione.

29. A proposito della bicicletta, visto che, come lei ha già ricordato, un po' di movimento fisico fa parte dello stile di vita corretto, a noi sorge però un legittimo dubbio: ma ci farà poi così bene pedalare in mezzo al traffico?

Domanda intelligente, che tocca un punto importante. È ovvio che prima o poi, come ho detto, bisognerà iniziare a cambiare gli strumenti di mobilità; e la diffusione della bici, dov'è possibile, può essere un buon punto d'inizio. Ma l'interrogativo è legittimo. Pedalare fa senz'altro bene alla muscolatura in generale e non solo a quella delle gambe, ma è chiaro che

respirare sotto sforzo aria inquinata può aggravarne la nocività. È una considerazione che faccio da tempo, vedendo quanta gente si allena alla corsa o alle maratone in una città come la mia, Milano. Confesso di guardarli e di pensare: “Ma questi sono matti!”. Capisco: uno è convinto di farsi del bene perché la corsa è sport; ma in realtà, così facendo, appunto sotto sforzo, immettiamo nei bronchi e nei polmoni una quantità maggiore di veleni. E non è nemmeno un problema esclusivo delle grandi città: piccole e insospettabili cittadine di provincia hanno concentrazioni di inquinanti superiori anche a quelle di Milano; la loro struttura urbanistica antica, con strade strette e poco areate – progettate in tempi in cui le automobili non esistevano – fa sì che quei veleni ristagnino a livello del suolo. E di lì finiscano nei polmoni.

Dovendo suggerire un’alternativa di attività fisica con il “minor” danno, alla portata di tutti, consiglio una mezz’ora quotidiana di camminata di buon passo, magari recandosi al lavoro, scendendo dal mezzo pubblico una o due fermate prima dell’ufficio per poi continuare a piedi. Non è che così non respireremo aria inquinata, ma di certo non la immetteremo in maggiore quantità sotto sforzo. Possiamo poi prendere la buona abitudine di lasciare l’ascensore – sia a casa sia in ufficio – almeno tre o quattro piani prima di quello di destinazione, proseguendo sulle scale.

30. In alternativa che cosa consiglia, come forma di movimento?

L’opzione più scontata è la palestra. È ovvio che, se uno riesce a frequentarla con costanza, almeno l’inquinamento atmosferico sotto sforzo non lo subirà. Dico “Se uno riesce” in quanto personalmente trovo alienante la ripetitività degli esercizi e delle macchine. Correre su un tapis roulant con le cuffie nelle orecchie, fissando le immagini che scorrono su uno schermo televisivo, come a casa, mi sembra francamente la trasposizione del nostro stressato vivere quotidiano anche nello svolgimento di un’attività che dovrebbe essere benefica. Quanto all’uso dei pesi e delle macchine da body building, non lo ritengo né armonico né benefico: sono stress fisici esagerati, contro Natura, potenzialmente anche dannosi, in quanto tesi soltanto alla prestazione o alla competizione con noi stessi laddove non possiamo farla con altri, come succede spesso sul lavoro.

Lo spiego altrimenti: la vita ci mette già ogni giorno davanti a sfide, confronti, gare e altro ancora; perché mai dobbiamo crearcene altre ancora? Riuscire a fare nei limiti del possibile un po' di slalom attorno ai problemi, anziché andarci a sbattere puntualmente contro, è già una straordinaria medicina, ve lo posso assicurare. Impariamo piuttosto a ispirare, a fare un bell'“Ommm...” e a meditare. La meditazione può fare molti più miracoli di una forsennata gara di spin-bike mossa soltanto dal gusto “di fargliela vedere a quel cretino di collega dell'Ufficio Contabilità!”.

Come in tutte le altre cose della vita – lo ripeterò fino alla noia – non dimentichiamoci mai della Natura e dei suoi ritmi, perché comportandoci altrimenti possiamo solo farci del male. Ritengo che sia senz'altro molto meglio trovare un buon centro dove poter svolgere, guidati da bravi istruttori qualificati, esercizi di antichissime discipline, come per esempio il Tai Chi o il Qi Gong che, oltre a muovere il fisico, fanno bene pure alla testa. Lo dico perché è proprio da lì – dalla testa – che possiamo iniziare ad ammalarci. Ed è sempre da lì – dalla testa – che possiamo trovare invece la “medicina” giusta per stare meglio. Per questo consiglio a tutti queste discipline “soft”, ma in particolare a chi soffre di una qualche patologia, comprese quelle oncologiche.

Un'alternativa più economica e che non richiede spostamenti né, soprattutto, condivisioni di docce e spogliatoi, luoghi dove cioè l'igiene necessaria a una persona con un sistema immunitario fragile non può essere garantita mai al 100% (virus, muffe e batteri sono infatti sempre in agguato, banalmente anche su una panca dove si siedono per cambiarsi o per asciugarsi altre persone), è quella di ricavarci un po' di spazio disponibile in casa e di dotarsi di un tappetino di gommapiuma, di due manubri non troppo pesanti e di robusti elastici per poter fare da soli elementari esercizi a corpo libero in grado di mantenerci i muscoli tonici.

O ancora – e di questa “terapia” sono una grande sostenitrice – suggerisco di riscoprire o di scoprire il ballo. Ovviamente non quello nel buio, nel frastuono assordante e nell'affollamento di una discoteca, ma negli spazi più ampi e luminosi delle tante vecchie balere di una volta, quelle che vivaddio sopravvivono in provincia, ma anche nelle periferie delle grandi città. O nelle sale dove si praticano le danze latino-americane. Basta cercarle e si trovano. Lo suggerisco sempre anche ai miei pazienti oncologici, dato che si tratta di una forma di attività fisica che non comporta competizione e che si può dosare quanto e come vogliamo,

fermandoci quando è il nostro corpo a dircelo. Ballare fa benissimo. Non soltanto al fisico, che si muove a tempo di musica in modo armonico e dolce, ma anche allo spirito; perché ballando si fanno amicizie, si socializza e si sorride. Abbiamo un gran bisogno di sorridere, credetemi, perché il sorriso è una delle più potenti medicine che abbiamo a disposizione. E non costa nulla.

31. Ci sembra insomma di capire, da quello che dice, che anche il modo di approcciare la vita possa far parte della prevenzione. Almeno due volte lei ha espresso un parere negativo nei confronti della competizione. Perché?

Studi in materia probabilmente ne esistono. Io, però, preferisco a volte le considerazioni empiriche e anche le connessioni logiche; quelle che cioè nascono o che dovrebbero nascere sempre in un medico dal ragionare sulla casistica e sull'esperienza clinica, incrociando poi i dati. Almeno io la penso così: noi medici dovremmo ritornare a “vedere” il malato nella sua complessità, a 360 gradi, riabituandoci a fare quel “due più due uguale a quattro” che è spesso il solo criterio in grado di spiegare sintomi altrimenti inspiegabili. I grandi clinici di una volta facevano così: mettevano insieme gli elementi per darsi delle risposte. Perché le risposte in Medicina ci sono sempre! Non possiamo insomma continuare a cavarcela scrivendo una ricetta per un farmaco che curerà forse il sintomo, ma molto difficilmente la causa.

Quanto alla domanda in merito alla mia scarsa simpatia per la competizione, devo ritornare al ruolo che possono avere e che spesso hanno la “testa” e il nostro sentire interiore nell'insorgenza delle malattie, anche quelle oncologiche. Posso dire di parlare in base a un'importante casistica. Proprio pochi mesi fa – questo è appunto un solo esempio tra tanti – ho visitato una giovane signora che, dovutasi trasferire a Milano lasciando la sua amata e rilassata cittadina di provincia, nel giro di due anni si era ritrovata con un tumore non solido, di tipo ematico.

Non sono né ingenua né sprovvoluta: è ovvio che le concause della malattia possono essere state altre e anche molte. Ma appunto dico “concause”, perché spesso non ce n'è mai una sola! Era stata proprio lei a manifestarmi il disagio esistenziale provocatole dal nuovo e diverso modo

di vivere e lavorare. Anche di questo un medico coscienzioso deve tenere conto. La signora si era ritrovata senza più le antiche pause della provincia, inclusi i ritorni a casa per pranzo; senza più tragitti a piedi, sostituiti da stressanti spostamenti in mezzo a un traffico caotico; e infine aveva dovuto scambiare la sorridente “civiltà dei portici” con un carico di aggressività prima sconosciuto, anche a livello lavorativo.

Ripeto, io non posso dire che quel drastico cambio di abitudini sia stata *LA* causa della sua malattia; ma di certo questo modo di vivere e di lavorare per lei così inedito poteva aver contribuito ad arare un bel solco nel suo “terreno”. Da medico, insisto, io non posso non tenere conto “anche” di questi aspetti. Mi spiego: ammesso e non concesso che quel solco non lo abbia tracciato quel nuovo e innaturale modo di vivere della signora, sono quasi certa che lo abbia però allargato. Lo dico perché questo è soltanto uno dei tanti – troppi – casi simili che tocco con mano quasi ogni giorno. Ribadisco ancora: la “testa” conta. Esiste infatti una scienza medica, la *psiconeuroendocrinoimmunologia* (più brevemente *PNEI*) che ce lo conferma, con i suoi studi volti a indagare i rapporti intercorrenti fra psiche, sistema nervoso, sistema endocrino e quello immunitario.

32. Parlando di prevenzione, dottoressa, vogliamo affrontare l’argomento “fumo”? Sappiamo che su questo fronte lei non ammette mezze misure. È davvero così nocivo questo vizio?

Questa domanda mi porterà inevitabilmente lontano. Lontano anche dalle sigarette. Ma se seguirete il filo rosso del mio ragionare, pur con qualche apparente salto di palo in frasca, capirete. Perché alle sigarette e al fumo ci arriverò, statene certi.

Chi mi conosce bene – perché mio paziente, per amicizia o anche soltanto per aver letto quello che ho scritto sul nesso indissolubile tra i cibi sbagliati e l’insorgere delle malattie – si diverte a definirmi una “talebana” alimentare. Io non mi offendo, anzi. Ma devo dire che, se sul fronte cibo sono indiscutibilmente molto severa (concedendo qualche episodico “strappo” a chi se lo può permettere), quando parlo del fumo non soltanto riconosco di essere un’assoluta talebana, ma rivendico con orgoglio questa definizione. **Il non fumare, o lo smettere di fumare, non può essere una**

eventuale opzione. Per me e per gli oncologi più accorti è un obbligo assoluto.

33. Molti fumatori tendono a sminuire il problema dicendo: “Ma io fumo appena due o tre sigarette al giorno, non di più”.

Lo so bene. Non passa giorno senza sentirmelo ripetere da tanti pazienti che arrivano in visita da me per la prima volta. Non ho nemmeno bisogno di chiedere loro se fumano. Se provano a mentirmi, e lo fanno spesso, li smaschero subito. Mi basta osservare il grigiore e l'avvizzimento della pelle o l'aspetto opacizzato dei bulbi oculari, ai quali il fumo arreca danni evidenti (oltre che tante patologie). Ma me ne accorgo ancora prima, appena aprono bocca; non tanto per colpa dell'alito, ma perché ormai per me il timbro di voce di un fumatore, così come il “borbottio” del suo respiro, non hanno più segreti. Sospetti o, meglio, certezze che vengono poi puntualmente confermate dagli esami del sangue. Così, messi alle strette, alla fine capitano e ammettono.

Quasi tutti si giustificano con quella frase delle “sole” due o tre sigarette. Io ribatto che simili giustificazioni non le voglio nemmeno sentire, perché se sono arrivati da me con una malattia oncologica, la colpa non posso che darla, come concausa, anche a quelle “sole” due o tre sigarette. Non importa infatti se il fumo è poco, perché il danno maggiore è dato dal tempo, cioè da quanti anni uno fuma. E poi non voglio sentire simili giustificazioni per un altro motivo, lo stesso per cui metto in guardia contro il consumo quotidiano, anche in quantità minime, di certi alimenti: perché ad avvelenarci giorno dopo giorno è soprattutto la costante e ripetuta assunzione di una sostanza dannosa o tossica, anche se in dosi minime. Che sia tabacco o cibo spazzatura.

Lo spiego con un esempio banale, restando appunto nell'alimentare: mezzo salamino mangiato in compagnia e in allegria una volta al mese non farà male a nessun soggetto sano, mentre è certo che i conservanti (i nitrati usati sono cancerogeni) contenuti in due sole fettine di salame, mangiate però per abitudine una sera sì e un'altra pure, magari per ammazzare il tempo aspettando la cena, male lo faranno a tutti. E anche parecchio.

34. Quindi lei dice che a parte il “quanto” si fuma, ha una rilevanza anche il “da quanto tempo” lo si fa?

Certo: da quanto più tempo una persona fuma, peggiori saranno i danni. Ma c'è di peggio: più lungo è quel tempo e più difficile sarà per l'oncologo cercare di curare quel tumore. Questo perché il danno da fumo si accumula, proprio come quello che ci deriva dal mangiare continuamente cose sbagliate. Lo ripeterò fino ad annoiare: nulla ci fa ammalare più dell'abitudine, della consuetudine, della monotonia.

Il fumo delle sigarette, espulso dal naso o dalla bocca, salendo verso l'alto, può inoltre arrecare danni gravissimi agli occhi. Parlo di cataratte che arrivano anzitempo, ben prima dell'età media – di norma avanzata – nella quale si presentano per motivi fisiologici. Parlo anche di fastidiosissime uveiti croniche, spesso quasi inguaribili.

Ma c'è dell'altro, che vorrei ricordare in particolare alle mie amiche donne, per solidarietà di genere. E lo “grido” soprattutto alle ragazze: ma non vi rendete conto, guardandovi allo specchio al mattino, di come il fumo vi stia rovinando la pelle, ve la stia ingrigendo, ve la avvizzisca, ve la riempia di rughe? Non vi rendete conto di quanto quel veleno vi invecchi precocemente? Ricordate, poi, che quello che vedete “fuori” è soltanto la fedele proiezione di quanto vi sta succedendo “dentro”. Per che cosa? E soprattutto: a quale prezzo?

35. Quindi i giovani, che ovviamente per età fumano da meno anni di un adulto, dovrebbero essere in teoria meno danneggiati dal fumo?

Non è così. Perché se gli adulti, quando scoprono di essersi ammalati, riconoscono che il loro è un vizio sbagliato, i ragazzi di norma non lo fanno. Me ne accorgo quando li visito. “Anche” sul fumo i giovani si trincerano dietro quella che per loro è una motivazione che non ammette nemmeno discussioni: l'appartenenza al gruppo. È diventato spesso il solo “valore” che riconoscono e “nel quale” si riconoscono. L'unico che non intendono limitare, condizionare e men che meno mettere in discussione. Lo pongono in cima a tutto, costi quel che costi. Compresa la salute, quando non la stessa vita.

Non esagero. Ho infatti imparato che per fare scrupolosamente l'oncologo non basta curare il corpo, ma spesso – e forse ancor prima –

anche la mente. Per spiegarmi meglio, ritorno ancora una volta all'ambito alimentare, ricorrendo a uno di quei miei apparenti ma esplicitivi salti "di palo in frasca". Da anni, infatti, vedo arrivarli in visita giovani e giovanissimi con valori di colesterolo, di trigliceridi o di steatosi epatica semplicemente incredibili, ai livelli che potrebbe presentare un ultrasessantenne che nella vita non si è mai negato il benché minimo stravizio. Leggo i loro esami, penso alla loro età e non posso non rabbrivire.

Passo allora a interrogarli sul "come", sul "che cosa" e sul "dove" mangiano. Anche questo significa fare il medico. E puntualmente inizia ad aprirsi davanti a me la galleria degli orrori: carrettini ambulanti con cibi di vario genere e dall'immaginabile igiene parcheggiati davanti alle università; note e poco raccomandabili catene di fast food; focaccerie dietro l'angolo; economici quanto untuosissimi kebab e via elencando. Sorvolo su che cosa bevano, perché si inizia da plurimi cappuccini schiumosi, per arrivare agli aperitivi alcolici serali o ai raccapriccianti "apericena"; passando ovviamente da un pranzo inaffiato da bibite dolci e gassate o da birre. Tante birre. Allora, per farmi capire meglio, uso il loro stesso linguaggio e senza mezzi termini dico a chi ho davanti: "Ma lo capisci che così ti vai a schiantare contro il muro?".

Se sono accompagnati dai genitori – di norma lo sono, altrimenti da me non verrebbero nemmeno – vedo questi ultimi impallidire. Perché capiscono, alla buon'ora. Anche se spesso "quell'ora" non è buona per nulla, perché ormai i danni sono stati fatti! Quanto a loro, i ragazzi, fanno spesso spallucce fissando il soffitto. Alcuni mi scrutano con aria incredula, come se davanti avessero una pazza invasata o una marziana arrivata da qualche lontano pianeta. Altri ancora sono visibilmente seccati e mi lanciano occhiate ostili, a volte davvero cattive. I più "normali" si stringono nelle spalle e mi dicono: "Ma dottoressa, se facessi come dice lei, mi taglierei fuori dal gruppo oppure mi prenderebbero in giro".

Ecco a che cosa mi riferivo parlando del ruolo che ha la "testa" nella prevenzione del male. Perché mi sono convinta che questa diffusa necessità di "appartenenza" altro non è se non una potente droga che appanna il cervello e impedisce di ragionare. La famiglia innanzitutto, e ovviamente anche la scuola, dovrebbero correre al più presto ai ripari contro questa autentica intossicazione mentale, rieducando i ragazzi al giusto valore che va dato a concetti come la "diversità" e un sano "individualismo".

Pensiamoci bene, perché la stessa abitudine a consumare droghe comincia sempre con la medesima giustificazione: quella di non essere più accettati dagli altri in quanto – appunto – ritenuti “diversi”. Io invece scongiuro i ragazzi: siate diversi e siate anzi orgogliosi di esserlo! Altrimenti, solo per evitare il rischio di trovarsi fuori da un gruppo – eventualità che ai loro occhi appare come una catastrofe sociale – mettono a rischio la stessa vita.

36. Ritorniamo al fumo, dottoressa?

Sì, certo, ma il problema rimane lo stesso. Anzi, in termini patologici diventa peggiore. Tutto ciò che ho spiegato fin qui, parlando di nocività, si potenzia infatti in maniera esponenziale quando si tratta di sigarette. Per questo mi rivolgo ai genitori, ai nonni, agli zii, ai fratelli maggiori, ma anche agli amici più responsabili: il fumo uccide, non ci sono altri verbi più blandi, più ipocriti o più “diplomatici” da usare. Si ritorna purtroppo di nuovo al problema dell’appartenenza al gruppo. E a preoccuparmi in modo particolare – basta guardarsi in giro – sono le ragazze, soprattutto le giovanissime, che da qualche tempo sono diventate tabagiste molto più incallite dei loro coetanei maschi.

La mia preoccupazione nasce da un’inequivocabile motivazione professionale, da oncologa ma, prima ancora, da donna: perché se quasi tutti dicono e credono di sapere che il fumo faccia male “solo” ai polmoni, quasi nessuno sa quale potente causa scatenante sia il fumo per tumori come quelli al seno o alla vescica. Io visito ogni mese almeno un centinaio di pazienti di ogni sesso ed età e penso quindi di avere una casistica più che attendibile per dire a voce alta certe cose. Purtroppo, questo abbassamento dell’età media di ingresso nella malattia oncologica non è più un evento episodico, ma sta diventando un allarmante trend statistico.

37. Che cosa ritiene ci possa essere dietro a questo abbassamento dell’età media in cui oggi si manifestano i tumori?

Diverse concause, purtroppo. Dovendo fare una classifica, oggi metto senz’altro al primo posto l’alimentazione sbagliata, alla quale attribuisco ormai, per casistica personale, un abbondante 50% di responsabilità nell’insorgenza dei tumori. Segue ovviamente il fumo, che a prescindere

dall'età, rimane comunque il più potente e micidiale “acceleratore” dei tumori; e intendo di tutti i tumori, dal momento che li potenzia con i suoi veleni e con il suo terribile potere ossidante carico di radicali liberi. **Il fumo, in altre parole, potenzia il tumore, lo rende più cattivo; e, quel che è peggio, gli mette tanta fretta addosso,** quella di portare a termine la sua missione di morte. Il fumo di sigaretta agisce infatti sui tessuti e sugli epiteli cellulari, “cambiandoli” e formando cellule pre-cancerose che con l'andare del tempo diventeranno tumorali. È un micidiale processo che inizia dalla bocca ma che poi non conosce limiti: esofago, bronchi, polmoni, vescica, stomaco, pancreas e seno sono infatti i principali organi “vittime” del fumo. Al terzo posto metto l'inquinamento atmosferico, contro il quale noi singoli possiamo ahimè fare ben poco. Ma non mi dimentico di quello elettromagnetico: ne sappiamo senz'altro ancora troppo poco, ma è lecito sospettarne molto, soprattutto tenendo conto del recente e preoccupante aumento di certi tumori, su tutti quelli cerebrali.

Comunque, dicevo, al primo posto metto quell'alimentazione folle contro la quale, non a caso, mi batto da anni. Folle in quanto carica di grassi saturi e di quantità “criminali” di zuccheri aggiunti che possono creare dipendenza e quindi patologie diabetiche, malattie autoimmuni e ovviamente tumori. È un'alimentazione carica anche di ormoni animali, il che spiega la quasi pandemia di patologie tiroidee – e ahimè non solo quelle! – alla quale assisto da anni. Parlo di numeri da fare paura. Pensiamo, per esempio, ai danni che può fare la carne bianca da allevamenti intensivi: oltre agli estrogeni usati per pompare le povere bestie, insieme a cosce e petti noi ci “mangiamo” anche gli antibiotici utilizzati per curare le infezioni e le inevitabili malattie che finiscono per colpire creature costrette a vivere in inaccettabili condizioni da lager. Con l'aggravante che per i consumatori abituali di quegli alimenti i risultati sono disastrosi. Posso citare, per esempio, il ciclo mestruale anticipato in bambine di soli otto-nove anni. Non parlo di rari episodi: ne ho viste e ne vedo tante. Ormai è quasi un fenomeno che non può essere preso sottogamba dai genitori. Lo dico perché quelle bambine, se non curate per tempo, andranno facilmente incontro, crescendo, a serissimi problemi di tipo oncologico (seno, ovaio), anche in età molto anticipata. Senza dimenticare la scellerata abitudine di madri che fanno assumere la pillola anticoncezionale alle figlie adolescenti per togliersi il pensiero di andare incontro al rischio di loro gravidanze precoci. Candidandole così, però, a rischi ben peggiori.

Infine, a favorire l'abbassamento dell'età d'ingresso nella malattia oncologica stanno contribuendo indirettamente anche la globalizzazione dei consumi e delle stesse abitudini di vita. Non stupitevi, non sono impazzita, ora ve lo spiego. Parlo di un fenomeno che in Occidente, così come nell'Oriente "evoluto" (?) e occidentalizzato, è divenuto senza alcun dubbio più massificante e più potente perfino delle ideologie e delle religioni. La conseguenza è che da New York a Mosca, da Milano a Singapore, da Città del Messico a Berlino, i giovani parlano sì lingue differenti e hanno senz'altro la pelle di diversi colori, ma tolto questo sono ormai gli stessi: assolutamente identici anche negli errori. Innanzitutto, mangiano e bevono allo stesso modo, cioè malissimo. Poi vivono con l'orecchio – e quindi con il cervello – incollato ai medesimi telefonini sulle cui radiazioni non mi stancherò mai di pretendere di conoscere molto di più di quanto fino a ora è stato lasciato trapelare. Infine, questi ragazzi seguono ovunque gli stessi sballatissimi ritmi di vita, alterando il normale rapporto sonno-veglia, fondamentale per la nostra salute.

A quest'ultima anomalia "esistenziale" voglio dedicare qualche parola in più: sia perché può provocare serissime conseguenze all'organismo, sia perché è una di quelle verità delle quali non parla mai nessuno. Molti non lo fanno perché forse la ignorano, anche se penso che siano molti di più quelli che la vogliono ignorare. Il motivo? Forse perché è impopolare; ma anche perché, come tante altre verità, potrebbe risultare molto sgradita a chi dall'ignoranza globalizzata trae incalcolabili guadagni. Ma verità rimane. E allora ne parlo io, tanto per farmi qualche altro "amico".

Inizierò col dire che, se è vero che i giovani ignorano le pessime conseguenze derivanti dall'abituale (non episodica) alterazione dei normali ritmi circadiani, altrettanto si può dire dei loro genitori, i quali non se ne curano, forse perché anch'essi queste cose le ignorano o per quieto vivere.

La verità medico-scientifica è che, ribaltando continuamente il corretto rapporto tra sonno e veglia, i ragazzi alterano importanti equilibri biologici e mettono soprattutto fuori gioco la funzionalità della ghiandola pineale e la sua preziosa produzione di melatonina, ormone naturale con una lunga lista di "servizi" fondamentali al nostro benessere, tra i quali anche la lotta contro l'invecchiamento. La ghiandola pineale produce infatti il suo protettivo e miracoloso picco benefico verso l'una della notte; se a quell'ora "ci trova" svegli, per lei è come se fosse mattina. La conseguenza è che non ci assicura più i suoi doni. Ne ricordo alcuni: stimolazione del

sistema immunitario, protezione del sistema nervoso centrale, attività antimutagena (impedisce cioè la modificazione del DNA), stimolazione del sistema riproduttivo e cardiovascolare, azione antiossidante e, infine, ruolo frenante e regolatore dei pericolosi fattori di crescita cellulare. Non a caso la melatonina rientra tra le integrazioni naturali che io do di frequente ai miei pazienti, soprattutto a vantaggio del sistema immunitario. Con risultati straordinari.

L'abitudine giovanile di scambiare regolarmente il giorno con la notte, e viceversa, finisce invece per "rottamare" questa ghiandola, negando così la somma di tutte le vitali protezioni che ho elencato. E, senza il corretto apporto di melatonina, non solo invecchiamo più rapidamente, ma permettiamo alla malattia di "entrare" più facilmente, senza nemmeno dover bussare.

Vi chiedo: questa cosa ve l'aveva mai detta qualcuno?

38. Sinceramente no. Parlando però di prevenzione non possiamo esimerci dal porle alcune domande sul fronte dell'alimentazione corretta, tema al quale lei ha dedicato due libri di grande successo. Le chiediamo un ripasso almeno dei suoi "capisaldi". Da dove cominciamo?

Comincerei dal "caposaldo dei capisaldi", irrinunciabile fondamento dei miei regimi alimentari, sia che vengano adottati come prevenzione, sia invece come supporto e potenziamento sinergico a eventuali terapie. E non parlo soltanto di chemioterapie anticancro, ma anche di quelle per guarire da una infinità di patologie autoimmuni. Il "caposaldo dei capisaldi" è molto semplice: il nostro modo di mangiare deve scongiurare per prima cosa l'acidificazione.

E qui so già che qualche saputello alzerà il ditino dicendo: "Eccone qua un'altra che ci tira fuori la favola dell'acidificazione; fa il medico e non sa nemmeno che il nostro sangue deve avere sempre la stessa acidità, altrimenti noi saremmo già morti".

Ovviamente non ho certo bisogno che questa cosa me la ricordi il saputello di turno. Avendo fatto anni di Medicina d'urgenza e di Pronto Soccorso – e i saputelli invece no! – non solo so benissimo che il sangue deve conservare sempre il proprio pH nella ristretta forbice compresa tra

7,35 e 7,45; ma so anche quali presidi d'urgenza bisogna eventualmente mettere in atto in tempi strettissimi per evitare il peggio al poveretto che avesse un valore alterato dell'acidità sanguigna. I saputelli insomma tacciano, se vogliono evitare brutte figure. Il fatto è che, non essendo di norma né medici né tantomeno oncologi, ignorano che io mi riferisco invece all'acidità del tessuto connettivo, lì dove tutto "ristagna", nel bene come nel male. Non per nulla è appunto l'acidificazione che dobbiamo evitare come la peste, in quanto potenzialmente molto pericolosa e foriera di seri guai. Dobbiamo farlo controllandola il più frequente possibile.

39. Come possiamo farlo, nella pratica? Non possiamo mica andare a giorni alterni in un centro clinico?

La buona notizia è che il controllo dell'acidificazione del tessuto connettivo lo possiamo fare facilmente a casa da soli con le cartine di tornasole da bagnare con la nostra urina. Lo dico anche perché da qualche tempo, con mio vivo disappunto, noto come tale valore, che i vecchi depositari dell'Arte clinica inserivano sempre nell'elenco degli esami, ora viene invece spesso omesso, per motivi che oscillano tra l'insipienza e l'istinto sparagnino.

Ricordo in proposito il caso di una mia paziente, una giovane donna dal carattere molto deciso; non avendo trovato quel valore da me richiesto tra i risultati ricevuti dal laboratorio di analisi del suo ospedale di riferimento – nel ricco e profondo Nord – non esitò a chiederne ragione a muso duro al primario del laboratorio di analisi. Ricevendo la più comica e desolante delle riposte: "Noi non lo prevediamo più in quanto lo giudichiamo obsoleto, superato". Già, come se il Padreterno avesse improvvisamente deciso un *update* del corpo umano, aggiornandolo con un nuovo sistema operativo, quasi si trattasse di un'ennesima versione di Windows!

Non solo il valore del pH delle urine lo pretendo sempre, ma posso dire che, quando i pazienti mi portano gli esami, è forse quello che vado a controllare per primo, quasi per riflesso condizionato. Lo faccio con tutti ma, in particolare, con chi arriva da me in prima visita. Perché è da quel valore che scatta in me l'eventuale campanello d'allarme, al quale segue un puntuale riscontro in altri determinati valori che incrocio tra loro senza lasciarmi condizionare o tranquillizzare dal fatto che rientrino oppure no nei

range. Spesso, infatti, i parametri considerati “nella norma” non ci dicono tutto; bisogna appunto saperli leggere e interpretare mettendoli in connessione con altri.

40. Perché è così importante sapere qual è il livello di acidificazione del tessuto connettivo? Che cosa ci manda a dire quel pH?

Molto semplice: è fondamentale saperlo perché lo stato di acidificazione, che si ha quando il pH è inferiore a 6, è al tempo stesso causa e sintomo di uno stato infiammatorio anche leggero, ma cronico, quello che con termine medico anglosassone viene correntemente chiamato *Low Grade Inflammation*. La definizione di *Low Grade* (basso grado) non deve tuttavia rassicurarci, anzi. Perché proprio lo stato infiammatorio leggero, se cronico, è “la Madre” di tutte le peggiori patologie, da quelle autoimmuni fino ad arrivare alla punta dell’iceberg del male, cioè i tumori. Perciò parlo di “campanello d’allarme”, che mi scatta quando vedo un valore di pH di appena 5, anche se ne ho visti di più bassi ancora.

Quindi suggerisco a tutti questa facilissima autodiagnosi casalinga a scopo preventivo. Fate un po’ di pipì in un bicchierino di plastica o di vetro rigorosamente pulito e asciutto e immergetevi una strisciolina di carta di tornasole. Oppure bagnate direttamente la cartina sotto il getto di urina. Confrontate poi il colore che avrà assunto con quelli della scala cromatica riportata nella confezione. A ogni diverso colore corrisponde un diverso grado di pH. Tenete conto che al mattino siamo tutti più acidi e che quindi si può anche fare una prima pipì e poi ripetere il test con la seconda. Il mattino e la sera tardi, dopo cena, sono dunque i due momenti in cui è importante “vedere” almeno il valore 6. Nell’arco della giornata, a seconda di quello che avrete mangiato e bevuto, quel 6 potrà infatti salire a 7 e anche a 8 – soprattutto se avrete consumato almeno tre belle e miracolose porzioni di verdure – per poi ridiscendere nella notte.

Se al mattino e alla sera prima di coricarvi il valore è sotto il 6, significa che siete infiammati e che dovete rientrare al più presto nella normalità. Il ritorno a un pH normale può essere aiutato ricorrendo a prodotti specifici (per deontologia professionale io, nei miei libri e in pubblico, non promuovo nessun integratore o farmaco, cosa che ritengo corretta soltanto in visita), ma anche e soprattutto cambiando regime alimentare. A volte in

maniera necessariamente decisa e radicale, altre volte togliendo soltanto due o tre cose che però da sole possono provocare danni anche notevoli. Perché la vostra acidificazione arriva tutta da lì, da quello che mangiate e bevete di sbagliato, soprattutto se lo mangiate ogni giorno, senza cambiare mai, forse da anni e anni. Magari iniziando la giornata con quello che io considero il peggiore e più malsano dei modi, come fanno purtroppo milioni di italiani ogni mattina, e cioè con la “combinata” di cappuccino schiumoso, zucchero o dolcificante, brioche e succo d’arancia. Sorpresi, immagino? Ormai lo so bene che, con questa mia affermazione, lascio sempre a bocca aperta il prossimo e do quindi per scontata la vostra reazione. Ma ho ovviamente i miei “perché”, anche se li spiegherò un po’ più avanti.

41. Vediamo allora quali sono gli altri “capisaldi” alla base dei suoi regimi alimentari. Da dove partiamo?

Seguendo l’ordine cronologico dei pasti, dovrei dire: “Iniziamo dalla prima colazione”. Ma, ripensandoci bene, direi che sia più corretto partire già da prima e cioè dal rito della spesa, da quando entriamo al supermercato con il carrello in mano. Quello, infatti, è proprio il momento in cui possiamo iniziare a procurarci seri danni alla salute. Lo facciamo passando per abitudine – pessima abitudine! – attraverso tutte le corsie, dalla prima all’ultima, con uno “zigo zago” immotivato, riempiendo il carrello a casaccio con gesti automatici, senza chiederci che cosa siano tanti “sedicenti” cibi che afferriamo sopra pensiero. Peggio ancora, lo facciamo senza nemmeno leggerne le etichette, ignorando quindi di che cosa siano fatti. Il risultato è riempirci frigorifero e dispensa di un’infinità di “alimenti” che per il 90% sono del tutto inutili, superflui. Ovviamente, nel migliore dei casi. Perché molti di essi sono invece spesso anche terribilmente dannosi. L’aggravante è che, trovandoceli in casa, prima o poi li mangeremo o li berremo, se non altro per non buttarli via.

Dobbiamo evitare a tutti i costi tale conseguenza. Come? È facilissimo: basta non passare più in determinate corsie. Chi produce e vende certi prodotti ha legittimamente a cuore la salute dei propri bilanci aziendali. Ma a me che faccio il medico sta invece a cuore unicamente la salute del mio prossimo, a iniziare dai più piccoli. Per questo mi sembra giusto partire

proprio dal momento in cui entriamo nel supermercato. Perché se l'abitudine di fare la spesa alla cieca può avere conseguenze nocive per il nostro benessere, cambiarla ci permetterà di capovolgere la situazione; trasformando finalmente la spesa in un autentico "rito" a favore nostro e della nostra salute. Scopriremo inoltre che agendo così, in modo virtuoso, spenderemo anche tanti soldi in meno.

42. Quali pericoli corriamo, facendo la spesa in modo inconsapevole?

Infiniti pericoli. Anch'io faccio almeno "una parte" della spesa al supermercato; e così, quando arrivo alle casse, un po' per deformazione professionale e un po' per riflesso condizionato, ho l'abitudine di gettare lo sguardo nei carrelli di chi mi precede o di chi è in coda dopo di me. Guardo e inorridisco, soprattutto quando vedo che accanto ai carrelli, oltre ai genitori, ci sono bambini. Per prima cosa, infatti, noto troppo spesso carrelli pieni per metà di confezioni multiple di bibite dolcissime e gassate che verranno portate a tavola come bevande di accompagnamento a tutti i pasti. Abitudine che posso definire con una sola parola, soprattutto se commessa da genitori: un crimine!

Quelle bibite "diabetizzanti"; quei succhi di frutta industriali dove la frutta è quasi solo quella stampata sulla confezione; quei tè pronti dove il primo ingrediente, dopo l'acqua, è lo zucchero o ancor peggio un dolcificante artificiale; e ancora quei micidiali *energy drinks*, sono per me il peggio del peggio. Non li ammetto nemmeno come strappi occasionali. Fateli sparire del tutto – e per sempre! – dalle vostre case e dalle vostre abitudini di vita. Pensate che una sola lattina di quelle bibite contiene fino a 11 cucchiaini di zucchero; fate allora il calcolo di quanto ne contiene un bottiglione. Basta! Quella robbaccia deve rimanere a impolverarsi sugli scaffali!

Nei carrelli non vedo purtroppo soltanto le bibite. Vedo montagne di scatole di biscotti e fette biscottate, spesso furbescamente camuffati da "integrali" per accalappiare i gonzi con un'ipotetica lusinga salutista. Vedo megaconfezioni di nocivissime merendine pronte e vasi giganti di creme spalmabili che, se possibile, sono ancora più dolci delle bibite. Vedo budini e yogurt a profusione, con tutto il loro carico di ormoni della crescita, di caseina, di dolcificanti artificiali, di coloranti e di addensanti. Vedo

vaschette ricolme di carni rosse e bianche dall'elevato potere acidificante o, peggio che peggio, tante lattine di "bovino" in scatola. Vedo ancora troppe confezioni di salumi, formaggi e intere casse di birra. Sì, birra come piovesse, alla faccia della povera prostata! Noto invece pochissima verdura, pochissimo pesce e, quando scorgo della frutta, è spesso del tipo sbagliato, cioè esotica.

Così, ferma in coda alle casse, non posso non fare una rapida somma dei pessimi ingredienti che quei poveri bimbi e i loro disinformati genitori ingurgiteranno nei giorni a seguire. E, da medico, li trasformo a mente in valori di colesterolo, trigliceridi, glicemia, azotemia, acidosi del tessuto connettivo e via elencando. Numeri che infatti, inevitabilmente, leggo quotidianamente negli esami clinici dei pazienti. Se questa è purtroppo la spesa standard della famiglia media italiana, significa che piccoli e adulti mangeranno e berranno così tutti i giorni, tutti i mesi, tutti gli anni. Con il risultato matematico che i valori clinici sballati e pericolosi potranno soltanto continuare a peggiorare.

43. Quanto ci racconta fa un po' paura. Ma esiste un riscontro anche scientifico della potenziale pericolosità dei cibi sbagliati?

Ho imparato che, a volte, un bravo medico deve anche mettere un po' di giusta paura, ovviamente a fin di bene, proprio per convincere la gente a evitare di ripetere errori pericolosi. Premesso questo, sull'argomento cibo e salute non parlo certamente a vanvera. Parlo da oncologa che ha bene in mente un dato ormai assodato e riconosciuto a livello di congressi scientifici internazionali: il 45% dei tumori è scatenato come concausa, ma spesso anche come causa unica e sola, da un pessimo regime alimentare. Negare questo dato può significare soltanto due cose: o "semplice" quanto inammissibile ignoranza in materia; oppure neghittosità, indolenza, cioè un atteggiamento che per un medico è ancora più colpevole dell'ignoranza stessa, dato che a quest'ultima può essere posto rimedio, basta voler continuare a studiare.

Ritornando a quel 45%, in base alla mia esperienza professionale lo correggerei in eccesso, portandolo oltre il 50%. Se pensate che esageri, posso citare una delle più autorevoli voci dell'oncologia a livello mondiale, nonché mio grande Maestro, il professor Philippe Lagarde. "Dopo

cinquant'anni di oncologia sul campo”, spiega, “io non posso dire che una persona con problemi intestinali sia destinata a sviluppare un tumore; ma posso dire con certezza che in questi cinquant'anni non mi è mai capitato di curare un malato di tumore che non fosse affetto anche da un problema intestinale”.

Il 45% di tumori scatenati da un'alimentazione sbagliata accomuna in senso negativo l'intero mondo occidentale, proprio quello che con presunzione si autodefinisce invece “evoluto” o “progredito”. La verità è tutt'altra: sul fronte alimentare il nostro mondo è sempre più un autentico disastro. E vedendo l'età sempre più giovane dei miei pazienti, io dico che si sta velocemente suicidando.

“Fandonie, viviamo più a lungo!”, obietterà qualcuno citando ottimistiche notizie lette o ascoltate qua e là. Ottimistiche, forse in parte vere, ma sempre e comunque parziali o miopi per come vengono “lette”, interpretate e date in pasto all'opinione pubblica. Inizio col dire che l'età media elevata degli italiani la fanno statisticamente ancora i novantenni e i tanti centenari cresciuti con un'alimentazione più parca, per nulla elaborata, forse meno sterile dal punto di vista igienico e senz'altro più povera; ma che vivaddio era “povera” anche dei contaminanti artificiali che ci fanno definire erroneamente “ricca” quella attuale. Longevità che ha anche un'altra chiave di lettura: e cioè generazioni via via più ammalate e costrette a convivere da un'età sempre più giovane con la dipendenza da farmaci, come per esempio i regolatori della pressione, gli antiacidi, i digestivi, i lassativi, l'insulina, gli antibiotici, i cardiotonici, gli ansiolitici, gli antidepressivi, gli anti-ipertensivi, gli ipoglicemizzanti orali, le statine, i sonniferi. Vado avanti con l'elenco? E dire che tante di queste patologie croniche potrebbero essere curate “anche”, se non soprattutto, con un diverso e più sano modo di nutrirci.

44. Che dire, allora, se guardiamo ad altre parti del mondo, là dove invece si muore ancora di fame?

Ci troviamo di fronte al paradosso di dover dare un duplice e del tutto opposto significato alla medesima parola: “malnutrizione”. Nel Terzo Mondo significa infatti mancanza di cibo, con migliaia di bimbi scheletrici che muoiono ogni giorno di inedia, con un'emoglobina quasi simile

all'acqua. Mentre da noi sta a indicare l'esatto opposto, cioè nutrizione eccessiva, abnorme, visualizzabile a colpo d'occhio osservando il numero di obesi già in età infantile (attuale e pessimo record italiano a livello europeo!). Al tempo stesso significa nutrizione sbagliata, avvelenata, contaminata da cose che nei cibi e nelle bevande non ci dovrebbero essere. Non foss'altro perché in Natura non ci sono mai state.

Non parlo solo di tumori. Da anni seguo anche tantissimi pazienti affetti dalle più disparate patologie autoimmuni. Li seguo con particolare dedizione proprio perché, dall'esperienza clinica, ho imparato come queste malattie non vadano mai prese sottogamba in quanto possono peggiorare fino a diventare oncologiche. Vedo purtroppo tante persone, anche giovanissime, che non ne hanno una, ma addirittura due o tre contemporaneamente. Sono patologie che nella stragrande maggioranza dei casi scaturiscono proprio da un'alimentazione scorretta e dagli incalcolabili danni che essa è in grado di produrre all'intestino e al microbiota. E quindi al nostro sistema immunitario, che non è qualcosa di intangibile "aleggiante" attorno a noi, bensì un concreto apparato di difesa che si trova appunto per il 70% nell'intestino.

Per convincersene, basterebbe leggere le statistiche epidemiologiche degli Stati Uniti, considerati il Paese più evoluto per antonomasia; senz'altro lo è in diversi campi, per esempio nella tecnologia, ma in materia alimentare è probabilmente il più "involuto" e disastroso. Gli americani guidano, infatti, le classifiche di tutte le peggiori patologie conosciute: dall'obesità all'Alzheimer, dal diabete al Parkinson, dalla steatosi epatica al morbo di Crohn, dalle varie forme di affezioni tiroidee alla sindrome metabolica, dalle più disparate e debilitanti malattie autoimmuni alle diverse forme di cancro, su tutte proprio quelle al colon, allo stomaco e all'intestino.

Il problema, mi ripeto, è che la globalizzazione ha coinvolto anche l'alimentazione. O, meglio, ha prodotto la mala-alimentazione. Più che errori, preferisco chiamarli con il loro vero nome: "orrori" alimentari. Mi riferisco, per esempio, a ragazzini che almeno tre o quattro volte alla settimana, se non di più, "mangiano e bevono" in un fast food, convinti magari a farlo da qualche *masterchef* televisivo, uno che anziché svolgere il proprio dovere di ambasciatore e paladino del mangiare sano, non trova di meglio che prestare il proprio volto e la propria notorietà alla diffusione del cibo spazzatura con contorno di ketchup, patatine fritte e creme filanti di

formaggio. Io tremo pensando – oggi – a quali patologie potranno avere domani, da adulti, questi ragazzini. Tremo anche perché lo so già, perché qualche genitore più scrupoloso me li porta in visita, preoccupato da sintomi inediti o magari avvertito da un bravo medico di famiglia. Tremo perché leggo esami con valori che potrebbero avere i loro nonni. Tremo perché “palpo” i loro fegati e li sento sporgere come quelli di adulti vissuti senza regole. Tremo perché scopro sempre più spesso ventenni che soffrono già di ipertrofia prostatica, patologia che un tempo riguardava solo gli adulti, se non gli anziani.

45. Un quadro a dir poco allarmante. Ma allora, ritornando al carrello della spesa, che cosa non dobbiamo più metterci dentro?

Più che allarmante lo definirei reale. E quindi aggiungo che noi medici dovremmo ritornare a fare la nostra professione così come veniva fatta una volta, cercando di avere sempre chiaro il quadro generale e mai la situazione di un organo per volta. Dovremmo cioè curare la persona nel suo insieme, prima che la malattia; andare alla causa senza fermarci al sintomo; e puntare al riequilibrio (l'omeostasi) senza limitarci alla cura. Magari stimolando, quando è possibile, quei naturali processi di autoguarigione che esistono, ma dei quali ci dimentichiamo troppo spesso.

Detto in altre parole, dobbiamo tornare ad avere una visione olistica – e cioè totale – dell'essere umano, ricordando che esso è mente, oltre che corpo; e che sulla sua salute incide senz'altro l'aria che respira, ma anche la stessa realtà sociale in cui vive. Perché se, per esempio, dai media o da questa nuova “sciagura” dei cosiddetti *influencer* – ignoranti, ma ascoltati – iniziano a diffondersi modelli di stili di vita sbagliati che ridicolizzano magari antiche attenzioni igieniche o alimentari, il potenziale può rivelarsi disastroso per la Salute pubblica. Ahimè, lo è già. Perché oggi un “messaggio” sbagliato, grazie all'istantanea pervasività della comunicazione online, può diventare in un baleno regola accettata. E, quel che è peggio, “tessera” irrinunciabile per essere riconosciuti e ammessi in questo o in quel gruppo.

46. Apprezziamo la sua “passione” dottoressa, ma insistiamo: quali sono i prodotti alimentari che lei “banna” come nocivi e che quindi non

dovrebbero più entrare nel carrello della spesa?

La risposta più sintetica e sincera è che **andrebbero lasciati sugli scaffali tutti (o quasi tutti) i prodotti che hanno bisogno di un’etichetta. La Natura non ha infatti mai previsto etichette.** Nel caso in cui le etichette ci siano – e vivaddio per legge devono esserci! – raccomanderò a tutti, fino a stancarmi, di imparare a leggerle. Perché è da qui che bisogna partire per riconoscere tanto i prodotti sani quanto i troppi che invece ci fanno male. Parlo di “cose” – mi è impossibile chiamarle alimenti o bevande! – come certe merendine o bibite, che andrebbero cancellate per sempre dalle nostre abitudini. Cancellate in quanto “iperprocessate”, per usare un brutto neologismo di derivazione inglese; significa che, oltre ad avere un misero o nullo contenuto di elementi buoni quali fibre, minerali e vitamine, sono per di più manipolate all’inverosimile, addizionate con quantità abnormi di zucchero, glutine, sale, latte e con altre sostanze artificiali che vanno evitate da chiunque abbia la legittima aspirazione a stare bene. Senza dimenticare le dosi elevate di scadentissimi e nocivi grassi saturi che ci vengono messe dentro, come il famigerato olio di palma. Robacce che hanno un solo pregio, ma unicamente agli occhi di chi li utilizza in produzione: quello di costare poco. Peccato che abbiano invece un costo altissimo per il nostro benessere. E non parlo di semplice cattiva digestione o di stitichezza. Parlo di malattie gravi, molto gravi.

47. Andando nel dettaglio a quali prodotti si riferisce, dottoressa?

Ci arrivo. E proprio per chiarire meglio le idee ai dubbiosi o ai semplici disinformati, ma soprattutto per tappare da subito la bocca agli “interessati” paladini dei cibi industriali, risponderò citando gli eloquentissimi risultati di **uno studio scientifico condotto in Francia dal 2009 al 2017 su un panel di 105.000 persone, uomini e donne, con un’età media di 43 anni.** Studio che – per autorevolezza, vastità del campione e arco di tempo considerato – è stato pubblicato nei primi mesi del 2018 su una rivista medico-scientifica che gode della massima considerazione, come il *British Medical Journal*. Eppure, forse temendo di fare cosa sgradita ai grandi investitori pubblicitari, i media italiani lo hanno di fatto ignorato. E allora, per quel che posso, colmerò io questa lacuna informativa, riportando i dati principali.

Ebbene, oltre a ribadire la già nota verità che i cibi ultraprocesati sono le “fabbriche” di malattie quali l’ipercolesterolemia, l’ipertensione, il diabete e l’obesità, lo studio li collega senza mezzi termini anche a un aumentato rischio di insorgenza dei tumori. Sì, dei tumori! Ripeto: non si tratta di parole in libertà, ma di dati raccolti in un incontestabile studio scientifico. Circostanza che mi conforta molto perché conferma quanto vado predicando da anni, anche se a costo di farmi qualche altro nemico, ma ricevendo in cambio la gratitudine di tantissimi pazienti.

Dai risultati dello studio – battezzato *NutriNet-Santé* – emerge che il consumo di questi cibi è associato a un più elevato rischio globale di sviluppare tumori. In termini generali, si va da un +6% a un +18%. Scendendo più nel particolare – state attente e ascoltatevi, amiche donne! – **l’influenza nefasta della “mal-nutrizione” porta l’aumento di rischio di cancro al seno a una percentuale oscillante tra il +2% e il +22%!** Sull’intero periodo analizzato e sulla popolazione studiata, gli studiosi hanno registrato 2.228 casi di tumori (di cui 108 mortali) e 739 tumori mammari. Lo studio ci dice dell’altro: **chi, nell’arco della giornata, mangia un terzo di cibi “pronti” ha il 23% di possibilità in più di sviluppare un cancro nei cinque anni successivi**, rispetto a chi ne mangia meno del 10%. Quanto alle donne, quelle che mangiano più del 33% di cibi già pronti, aumentano del 38% il rischio di sviluppare un cancro al seno dopo la menopausa; percentuale che “scende” (!) al 27% prima della menopausa.

Non a caso, a commento di questi allarmanti risultati il *British Medical Journal* ha scritto: “Questo studio prospettico è il primo a valutare il legame tra il consumo di prodotti ultraprocesati e l’incidenza di cancro, basandosi su una vasta coorte, una valutazione dettagliata e aggiornata dell’apporto alimentare”.

Ed ecco – non sfuggo certo alla domanda – “nomi e cognomi” degli imputati. Gli alimenti nei quali è stato rintracciato un rischio maggiore sono principalmente dolci, biscotti, pane industriale (soprattutto del tipo che si trova in buste di cellophane, in primis il pancarré), merendine per bambini, dessert vari, cereali per la prima colazione, bibite zuccherate, *energy drinks* (pericolosissimi anche per il cuore, in particolare dei giovanissimi, che ne fanno un consumo smodato), cioccolato al latte, margarina, carni trasformate (polpette, medaglioni, prosciutto con additivi, salumi insaccati

eccetera), sughi pronti, paste e zuppe istantanee, sformati, pizze surgelate e altre pietanze simili, già pronte e soltanto da riscaldare al forno tradizionale o al microonde; così come i cibi precotti da far saltare in tegame, come per esempio fagottini ripieni, panzerotti, barrette di pesce impanate e via elencando.

Insomma, tutte “cose” che sono riusciti di fatto a imporci come consumi quotidiani, spacciandocene per irrinunciabili. Il messaggio utilizzato dal marketing è stato infatti di un’efficacia diabolica: indurre la gente a convincersi di non avere più il tempo per cucinare, portando a modello da imitare la mamma-manager sempre di corsa, eppure pronta a spadellare e a mettere qualcosa in tavola ai propri cari. Ovviamente in pochi secondi, con il sorriso smagliante, il rimmel perfetto e ancora vestita con il tailleur professionale. Dal loro punto di vista sono stati “bravissimi”, perché in questa circonvenzione d’incapace – l’opinione pubblica – sono purtroppo riusciti in pieno! Volete verificarlo? Andate ad aprire il vostro frigo e la vostra dispensa, controllate quali prodotti contengono, confrontateli con la lista di cibi malsani che ho riportato e ve ne accorgete. Peccato però che la fretta, a tavola così come in tutte le attività umane e vitali, non abbia mai fatto bene a nessuno.

“Più specificamente i grassi, le salse, i dolci e le bevande zuccherate”, si legge nel rapporto degli scienziati che hanno condotto lo studio *NutriNet-Santé*, “sono stati associati a un aumento del rischio di cancro globale, mentre i prodotti zuccherati ultralavorati sono stati associati in particolare a un aumentato rischio di sviluppare un tumore al seno”. Rischi che ovviamente crescono considerevolmente, in modo esponenziale, se chi mangia con frequenza questi cibi, oltre a essere sedentario è anche fumatore. A finire sotto accusa da parte dei ricercatori, insieme alla “qualità nutrizionale generalmente più bassa di questi prodotti troppo grassi, troppo calorici e/o troppo salati”, c’è poi anche “la vasta gamma di additivi” che contengono. Questo si spiega perché...

48. Scusi se la interrompiamo, dottoressa, ma gli additivi, quelli contraddistinti da una “E” maiuscola che devono comparire in etichetta, non sono tutti controllati e garantiti dall’Unione Europea?

Nel mio secondo libro avevo dedicato un capitolo proprio all'interminabile serie di questi additivi riconosciuti dall'Europa e indicati appunto con tre cifre precedute dalla lettera "E". Ricordo di aver polemicamente scritto che, fino a prova contraria, la parola Salute si scrive con una sola "E". Mentre oggi, sull'etichetta di qualsiasi prodotto pronto o industriale troverete sfilze di "E", che stanno appunto a indicare gli "additivi". Categoria alla quale si sono aggiunti nel tempo conservanti, coloranti, antiossidanti, gelificanti o altro ancora. È un'inquietante invasione di "E", che non ha lo scopo di nutrirci con cibi essenziali ma unicamente di consentire all'industria alimentare di ampliare sempre più la gamma dei cibi superflui e, quindi, poco amici della salute.

Quella "E" dovrebbe insomma tranquillizzarci in merito ai controlli di sicurezza svolti da Bruxelles su ogni additivo chimico corrispondente. Se però ho usato il condizionale è perché rimango dell'idea che la complessità di ogni singolo organismo umano non sia la stessa di una cavia da laboratorio. Di conseguenza per me, per i miei cari e per i miei pazienti, io continuerò a preferire e ad acquistare sempre e soltanto cibi che non hanno bisogno di "E" aggiunte.

Ben venga la sicurezza – ci mancherebbe! – se dobbiamo conservare un cibo in modo da evitare che il suo decadimento organico ci possa avvelenare, per esempio con la micidiale salmonella. Così i nitrati e i nitriti aggiunti alla carne di maiale degli insaccati, insieme a valanghe di sale, garantiscono senza alcun dubbio lunga vita al prodotto, dandoci l'oggettiva "sicurezza" che esso non vada a male. Il problema, per me, è però sapere se questi conservanti, e i cibi che li contengono, garantiscano lunga vita pure a chi li mangia.

Nutro seri dubbi, in merito. O meglio: ho poche ma solide certezze. Perché, se da medico so che i nitriti (sigla E 250) possono causare in alcuni soggetti anche "soltanto" crisi di vomito e nausea, da oncologa so purtroppo altrettanto bene che i nitrati (E 251) possono formare sostanze chiamate *nitrosamine*, fortemente sospettate di essere cancerogene. Quindi mi chiedo, e soprattutto vi chiedo: vale la pena giocarci la salute? Per che cosa, poi? Per un salame? Sorvolando sul fatto che per la nostra salute la carne di maiale è già in partenza la meno salubre, mi sembra che in questa artificiosa e assurda gara ad allungare la vita dei prodotti alimentari – anziché la nostra – abbiamo smarrito via via il buonsenso, dimenticando una volta di più il rispetto che dobbiamo a Madre Natura e alle sue regole.

Io dico: perché non dovrei invece continuare a usare materie prime fresche, in purezza, cucinate in casa come una volta, privilegiando solo quelle che posso conservare grazie al freddo, se deperibili, o semplicemente in dispensa, se secche? Magari al prezzo di buttare via un po' di buona farina davvero integrale – al posto di quella sorta di gesso da presa in polvere chiamato “00” – se, dopo qualche tempo senza usarla, avrò fatto le farfalline. Farfalline che di certo non si formeranno invece nelle farine iper-raffinate, dove di sano e di nutriente non c'è assolutamente nulla.

O ancora: perché mi devo riempire il frigorifero, gli armadietti e, quel che è peggio, la pancia con alimenti che mi portano nell'organismo anche cose chiamate stabilizzanti, addensanti, aromatizzanti, edulcoranti e coloranti? Perché mai, anziché farmi una maionese in casa come una volta, e cioè con vere uova e olio extravergine, dovrei mangiare una “cosa” gialla infilata a forza in un tubetto di alluminio – attenti anche a quello che “cedono” agli alimenti l'alluminio, la latta o anche certe plastiche! – e che, oltre a uova in polvere e a un pallido olio che non ha mai visto un'oliva, contiene anche carragenina (E 407) e carbossimetilcellulosa (E 466)?

A proposito delle troppe ed evitabilissime “E”, tengo a ricordare in particolare ai genitori uno studio dell'Università di Liverpool svolto qualche anno fa di concerto con la *Soil Association*, organizzazione britannica che si batte per la certificazione dei cibi, soprattutto di quelli destinati a neonati e bambini. Ne emerge l'altissima nocività di quattro additivi alimentari usati regolarmente proprio negli snack per bambini. Già da soli questi additivi non ci fanno bene, ma quando si trovano combinati tra loro hanno un effetto nefasto a livello cerebrale. Le porcherie sono l'E 133 blu brillante (usato nei gelati color Puffo, nei piselli in scatola, ma anche in prodotti caseari, caramelle, sciroppi, bibite varie e dolciumi), l'E 621 glutammato monosodico (lo stesso che si trova nei dadi da brodo, nelle minestre e zuppe pronte, nei precotti, nelle salse, nelle conserve di carne e di pesce), l'E 104 giallo di chinolina (bibite, budini in polvere, colori per gli ovetti di Pasqua) e l'E 951 aspartame. Quest'ultimo – ampiamente utilizzato in bibite diet e zero, gelati, prodotti caseari, yogurt, prodotti dietetici, budini, caramelle e chewing-gum – è sospettato di poter avere effetti cancerogeni, tanto che in alcuni Paesi ne è espressamente vietato l'uso. È molto spesso quella “roba” in bustina o in pastigliette che chiedete al bar per dolcificare il caffè o il tè. Peccato non sappiate che proprio alle alte temperature quella stessa “roba” liberi formaldeide e metanolo,

anch'esse sostanze cancerogene. In proposito vi do un consiglio da oncologa e al tempo stesso da amica: il caffè imparate a berlo amaro o, se volete, con una spruzzata di squisita e benefica cannella (regolatrice naturale della glicemia); non solo è più buono ma, insieme al girovita, vi assicurerete anche la vita.

Lo studio dell'Università di Liverpool ha appunto dimostrato che quei quattro “orrori” colorati, in combinazione tra loro, potenziano le rispettive nocività: il blu brillante insieme al glutammato monosodico quadruplica la propria neurotossicità, mentre il giallo E104, abbinato all'aspartame, ha una tossicità addirittura cinque volte superiore. E sono “cose” che si trovano – lo voglio sottolineare un'altra volta, perché ben se ne comprenda la gravità – anche in merendine o bibite destinate ai più piccoli, cioè proprio in quei prodotti degli spot “nazional-popolari” che si vedono passare tutte le sere in tv, con madri premurose e bimbi sorridenti. Il marketing usa questi colori strategicamente, non a caso, proprio perché catturano i sensi dei nostri figli e nipoti e loro poi faranno anche i capricci per averli! Mi raccomando: resistete ai capricci e imparate a dire sonori e definitivi “No!”.

Questa barbarie chimica e commerciale potrebbe spiegare almeno in parte perché, negli ultimi tempi, mi tocchi vedere un numero crescente di bimbi affetti da tumori cerebrali, dal momento che glutine e zuccheri sono anche neurotossici. Un dato più che eloquente: i tumori del cervello, in età infantile, sono ormai al secondo posto, subito dopo le forme leucemiche. Nella “migliore” delle ipotesi – le virgolette sono amaramente ironiche – possono influire sull'insorgere di forti alterazioni del comportamento, come incapacità di concentrazione o iperattività motoria, disturbi che di norma vengono incasellati tra quelli autistici e curati ahimè sovente con psicofarmaci. Togliete ai bambini quella roba dolce e colorata, e ovviamente il glutine, e vedrete che cambiamento avranno! Anche nel giro di poche settimane.

49. Fa venire i brividi, non c'è che dire. Ma lei, nella risposta precedente, accennando a plastica e latta voleva forse dire che ci possono essere pericoli nascosti anche nelle confezioni?

Non solo ci sono pericoli in quello che compriamo già pronto e confezionato da altri con vari materiali, ma anche nel “come” e “con che

cosa” conserviamo noi stessi gli alimenti. Proprio per questo parto da quanto ho già raccomandato: nei limiti del possibile, abituiamoci a cucinare giorno per giorno cibi freschi nel quantitativo giusto per il numero di commensali, in modo da evitare di affollare il frigorifero di contenitori pieni di avanzi. Per tre buoni motivi. Il primo è quello di mettere in tavola pietanze sempre fresche. Il secondo motivo è perché gli avanzi, dopo un solo giorno nel comparto frigo normale, sotto una pellicola trasparente, assumono per forza di cose un aspetto malinconico e poco appetitoso, con il risultato di indurci a compiere il peggiore dei delitti: aprire la pattumiera e buttare via il tutto. Terzo motivo: anche se conservati in frigorifero, nel giro di qualche ora i piatti già cotti iniziano a produrre *poliammine*, cioè “fattori di crescita”. Così chiamati perché fanno crescere le cellule, ma senza una particolare “intelligenza”, perché insieme a quelle sane fanno crescere anche quelle tumorali. Di questi fattori di crescita ne vorrei però parlare diffusamente più avanti.

Comunque, quando dovessero avanzare delle polpette, una porzione di risotto o un po’ di pasta al forno, possiamo contare su un grande e “sano” alleato nel superfreddo del congelatore. Con una regola: usare solo contenitori in vetro o in ceramica che, una volta privati della copertura ermetica e lasciati per un po’ a temperatura ambiente, potranno essere messi in forno o riscaldati in padella e portati in tavola in pochi minuti.

Questo significa niente contenitori di stagnola di alluminio, che possono andare bene al massimo per conservare (io comunque li eviterei), ma che non dovete MAI utilizzare in forno perché il calore elevato trasferirebbe alle pietanze particelle di alluminio. E non poche. Per lo stesso motivo, per carità, perdetevi la pessima abitudine di cuocere, per esempio, un branzino dopo averlo avvolto in un cartoccio di stagnola: vi mangerete branzino con “contorno” di alluminio. Alluminio che fa male – molto male – sia perché si accumula nelle ossa rubando spazio al calcio, sia perché è altamente tossico per reni e polmoni, ma anche a livello cerebrale, in quanto le sue particelle possono superare la barriera emato-encefalica. Usate semmai la carta forno, che oggi esiste anche in versione non chiarificata, quindi più sicura.

Una parola in più va riservata ai cibi grassi, come formaggi o affettati di qualità che concedo (e mi concedo) come rarissimi “strappi”. Conservateli in vetro o in ceramica, ma liberandoli subito dopo l’acquisto, una volta tornati a casa, dalla pellicola trasparente in cui vengono confezionati. Le pellicole contengono infatti quasi sempre gli *ftalati*, aggiunti per dare

maggiore elasticità e capacità di “adesione” al prodotto da avvolgere. Ma è proprio la loro “adesività” a fare male, perché gli ftalati sono sostanze chimiche che “migrano” nei cibi grassi con i quali vengono a contatto. Gli studi ci dicono che, una volta ingeriti, possono danneggiare soprattutto il sistema riproduttivo maschile, senza dimenticare i forti sospetti di essere potenzialmente cancerogeni. Non solo: facilitano anche l’insorgenza di malattie respiratorie, Lupus, danni cerebrali soprattutto nei neonati e sindrome da deficit di attenzione e iperattività nei ragazzi. Insomma, meglio evitarli.

50. Tornando agli alimenti da evitare, ricordiamo una sua intervista televisiva in cui lei, con particolare veemenza, si scagliava contro quelli che definiva “i tre veleni bianchi”.

Già, i miei tre peggiori nemici. Di certo ce ne sono tanti altri, ma da oncologa, nonché da esperta anche nella cura delle malattie autoimmuni, considero questi tre alimenti potenzialmente come i più pericolosi per la salute. Mi riferisco al glutine, agli zuccheri (tutti!) e al latte vaccino (con la sua intera famiglia di derivati).

Certo, so bene che a molti sembrerà una bestemmia: basti dire il latte, figuriamoci... So altrettanto bene di far parte di un’ancor troppo sparuta schiera di colleghi che si spendono su questo fronte in modo convinto, nonostante i mille ostacoli. Immagino i sorrisini ironici di chi, pur senza sapere nulla di che cosa sia un tumore e di che cosa si nutra, pontifica su Facebook. Mentre conosco già benissimo, per quotidiana esperienza, lo stupore inizialmente incredulo che si dipinge sui volti dei pazienti quando spiego loro queste cose.

Ma se considero da un lato l’autorevolezza dei colleghi che la pensano come me e dall’altro i risultati ottenuti dagli ex pazienti che seguono alla lettera le mie raccomandazioni alimentari (più integratori naturali e probiotici), penso di poter dormire sonni tranquilli. Se poi aggiungiamo il lento emergere – lento in quanto volutamente rallentato da “qualcuno” – di verità scientifiche ed epidemiologiche come quelle contenute nello studio *NutriNet-Santé* che ho poco sopra ricordato, direi che i miei sonni sono ben più che tranquilli.

51. Vogliamo allora conoscerli da vicino, uno per uno, questi tre nemici? Iniziando magari dal glutine che, da quanto abbiamo capito leggendo i suoi libri, è forse quello che lei teme di più.

Vado oltre: io il glutine lo detesto perché vedo ogni giorno quali gravissimi guai può provocare. Se altri non li vedono è un problema loro e purtroppo dei loro pazienti, non mio. Così mi arrabbio quando leggo sui giornali, o sento dire in tv, che il nostro organismo subirebbe ipotetici danni qualora venisse privato del glutine. È una monumentale idiozia, al pari di quella spacciata da qualcuno in tv e sui giornali e in base alla quale chi togliesse il glutine dalla propria alimentazione correrebbe il rischio di diventare celiaco. Certo, aggiungo io, così come smettendo di bere si diventa alcolizzati! Ovviamente, per analogia, abbandonando le sigarette ci arriverà un tumore ai polmoni. Ma per piacere, non scherziamo! Queste “disinformazioni” sono pilotate ad arte sui media e sui social da chi, economicamente più forte del grande pubblico e della classe medica, ha i modi e i mezzi per farlo.

Il fatto che si possa vivere – addirittura meglio! – senza questa proteina lo dimostrano miliardi di persone che da sempre, in altre aree del mondo, ne ignorano del tutto l’esistenza. Anzi, andando a leggere le classifiche epidemiologiche, sono proprio le popolazioni caratterizzate da una qualità e da una durata della vita più lunga, come per esempio il Giappone o altri Paesi dell’Estremo Oriente. Paesi che, detto per inciso, hanno avuto finora anche la fortuna di non avere latticini nella loro dieta.

Lo voglio sottolineare, perché glutine e latte, insieme, fanno ancora di peggio, creando il cosiddetto effetto “crociato”. Ovviamente in senso negativo, in termini di nocività. Il che spiega la mia avversione alla pessima abitudine nazionale del cappuccino con brioche. Aggiungo: tanto maggiore sarà la quantità di schiuma di latte nella tazza, più danni arrecheremo al nostro intestino e quindi alla nostra salute. Perché quella schiuma è caseina, che da sola rappresenta l’80% delle proteine del latte. Caseina che già di suo, al naturale, sarebbe una malsana “colla”, ma che nel cappuccino viene potenziata dal getto bollente di vapore, trasformandosi così in un micidiale “mastice” che appiccica e danneggia i villi intestinali.

Ricordo che il glutine è contenuto in molti cereali di uso comune, come frumento (grano), farro, avena, kamut, segale e orzo. Mentre è naturalmente assente in: riso, miglio, sorgo, grano saraceno, mais, quinoa, amaranto, tutti

cereali o pseudocereali (lo sono la quinoa, il saraceno, l'amaranto) che infatti raccomando sempre ai miei pazienti, suggerendo loro di consumarli in purezza, meglio se in chicchi. Ritengo infatti inutile acquistare prodotti marcati *gluten free*; sia perché sono cari, e io non intendo dare corpo a un altro business, sia perché per sopperire alla resa inferiore (prodotti meno soffici, meno dorati e meno gonfi) vengono spesso addizionati d'altro, come grassi e zuccheri.

52. Ma perché lei dice che il glutine ci fa così male?

La verità sul glutine – quella non “addomesticata” – parte da un punto fermo: è una proteina che l'organismo umano non è programmato a digerire. Punto e accapo. Questa è scienza, mentre l'affermazione contraria è solo marketing, rispettabile materia aziendale che però non fa parte, e non dovrebbe mai far parte, del bagaglio di conoscenze di un medico. Meno che meno delle sue preoccupazioni. Ribadisco: chi più, chi meno, il glutine non siamo programmati a metabolizzarlo. Ad alcuni bastano dosi minime per stare male. Assumendone poi quantità eccessive, come facciamo da decenni, per di più ogni giorno, da mattina a sera, ci candidiamo a gravi forme di infiammazione e a pericolose alterazioni della permeabilità del nostro intestino, lì dove si trova – ripeto – il 70% del nostro sistema immunitario, che è la nostra prima difesa da tutte le aggressioni. Andiamo così a rendere ciechi e a silenziare i suoi vitali “sensori” perché li copriamo – io dico li “asfaltiamo” – rivestendoli con l'appiccicosa patina del glutine.

53. Ci può spiegare, nel dettaglio, come agisce negativamente il glutine?

Buona parte del problema, così come per altri cibi, sta “anche” nella continuità del consumo. Più mangiamo alimenti contenenti glutine e più scateniamo la produzione di *zonulina*, una molecola proteica che è la principale responsabile dell'alterazione della permeabilità della membrana intestinale, con il conseguente rischio di sviluppare la *sindrome di permeabilità* (la cosiddetta *Leaky Gut*), che ha effetti disastrosi sul nostro microbiota. Mi spiego meglio. Per chi non lo sapesse, il *microbiota* è un vero e proprio organo del nostro corpo; è stato scoperto e studiato solo a partire da tempi abbastanza recenti, anche se non ancora così a fondo come

invece meriterebbe. Formato da centinaia di migliaia di miliardi di batteri divisi in diverse “famiglie” (in tutto pesano un chilo e mezzo), è lo straordinario “regista” del nostro stato di benessere, almeno fino a quando lo manteniamo in quell’equilibrio – l’eubiosi – previsto da Madre Natura.

Lo squilibrio si chiama invece *disbiosi*, e nel nostro mondo occidentale sta assumendo dimensioni da epidemia, innescando una serie infinita di altre patologie, a iniziare da quelle autoimmuni, in cui il sistema immunitario “maltrattato” ci si rivolta contro, anziché difenderci. Parlo di malattie come l’artrite reumatoide, il morbo di Crohn, la sclerosi multipla, il diabete, le diverse patologie tiroidee, ma anche una patologia infiammatoria che per la sua sintomatologia dolorosa viene spesso confusa con la fibromialgia, diagnosticata come tale e curata unicamente con farmaci. Ovviamente non dimentichiamo la stessa celiachia e la differenziata gamma di intolleranze al glutine, la cui diffusione sempre più massiccia viene attribuita da autorevolissimi studiosi proprio all’eccessivo consumo quotidiano di cibi ricchi di questa proteina. Si stima che oggi siano almeno 20 milioni gli italiani che soffrono di queste intolleranze – spesso senza saperlo – proprio come conseguenza dei consumi eccessivi di glutine, sospettato appunto di essere al tempo stesso la causa e l’effetto di queste patologie.

Alti livelli di zonulina, la figlia del glutine, allentano le “giunzioni serrate” della mucosa intestinale, consentendo così a tossine e ad altre molecole nemiche di scivolare nel torrente ematico e anche attraverso la barriera emato-encefalica, attivando una risposta infiammatoria sia nei tessuti sia nel cervello. Non a caso sono in corso studi internazionali che legano gli alti consumi di glutine anche alla preoccupante diffusione di patologie come l’Alzheimer, il Parkinson, le demenze senili e – si inizia a sospettare – perfino la stessa SLA (sclerosi laterale amiotrofica). Gli studiosi parlano di un processo chiamato “mimetismo molecolare”, attraverso il quale gli anticorpi possono avere una reazione crociata con i tessuti connettivi, provocando l’insorgere di malattie autoimmuni che possono variare a seconda dei tessuti aggrediti.

L’elevato consumo di glutine danneggia, insomma, le pareti intestinali favorendone questa alterata permeabilità, che va invece evitata a ogni costo. Perché a quel punto la membrana lascia “passare” di tutto nel sangue: proteine non digerite, batteri, virus, funghi, muffe, metalli pesanti e sostanze che non dovrebbero mai entrare in circolo.

Un ulteriore problema deriva poi dal fatto che i normali test per accertare la celiachia o i diversi gradi di intolleranza risultano al 90% negativi, con il risultato che le persone, tranquillizzate, continueranno a consumare glutine e a farsi del male. Il solo test sicuro al 100% consisterebbe in una biopsia dei villi intestinali, ma è evidente che, per la sua invasività, siano in pochi a volersivi sottoporre.

Dovremmo allora imparare tutti ad “ascoltare” che cosa il nostro organismo ci manda a dire. Faccio un esempio: una persistente dermatite può rappresentare già da sola un campanello d’allarme, avvertendoci che qualcosa non va bene. La pelle è infatti uno dei nostri organi emuntori – insieme a fegato, polmoni, reni e vasi linfatici – e cioè quelli predisposti a “drenare” e a eliminare le sostanze di rifiuto che, accumulandosi, diventano tossiche. È quindi semplicemente patetico pensare di curarla con creme e pomate, come di norma avviene. Patetico e inutile: così facendo, curiamo “temporaneamente” il sintomo, che poi tornerà a manifestarsi, mentre il vero problema – quello “dentro” – rimane.

Potrei citare un’infinità di casi del genere, più o meno gravi, ma ricordo in particolare una paziente arrivata da me per un problema oncologico. Appena vidi le disastrose condizioni della pelle del viso, le chiesi per prima cosa da quanto tempo soffrisse di psoriasi. La risposta fu: “Da più di vent’anni, ma tutte le cure dermatologiche sono state inutili”. Ovvio che lo fossero state, perché il problema era appunto “dentro”, nell’intestino. La pelle aveva fatto soltanto il suo dovere, dando l’allarme: quello sfogo esteriore, appunto. Peccato che nessuno se ne fosse accorto o lo avesse interpretato per quello che era. Così, dopo averla visitata a lungo, oltre a impostare la terapia per aggredire il tumore, le diedi subito un regime alimentare tarato su misura per lei, più una serie di integratori naturali e di probiotici. Dopo un mese, seguendo alla lettera i consigli, ritornò da me: la pelle era perfetta e naturalmente rosea. La psoriasi era scomparsa, aggiungendo che senza più quell’infiammazione anche le cure antitumorali avevano potuto agire meglio e con più efficacia. Controprova: la rividi mesi dopo, notando però la ricomparsa di evidenti macchie rosse. Messa alle strette, ammise di aver “mollato” sul regime alimentare, ritornando a mangiare certe cose sbagliate che le avevo tolto – in primis i prodotti contenenti glutine – e a farsi così seri danni. Non lo ha rifatto più.

54. Ma allora, perché sono ancora così in tanti a ergersi a paladini del glutine?

Un'idea me la sono fatta, ma per spirito caritatevole la tengo per me. E trovo che siano sinceramente ridicoli. Perché privi come sono di argomenti scientifici, non sanno dire altro che togliere questa proteina dalla dieta non aiuta a dimagrire. Come se io, o altri colleghi che la pensano come me, suggerissimo di togliere il glutine per risolvere i problemi di linea. Assurdo! La nostra preoccupazione, come sto spiegando, è quella di non fare correre a nessuno i rischi gravissimi dei quali il glutine è responsabile.

Per fortuna anche il concetto da “archo-medicina” che il glutine sia un problema esclusivo dei celiaci – la loro è purtroppo una patologia estremamente seria, grave, ma conosciuta e studiata – si sta lentamente incrinando. Troppo lentamente, direi. Bisogna invece convincersene, anche in considerazione del fatto che un'altissima percentuale della popolazione occidentale è oggi più o meno intollerante al glutine e, quel che è peggio, in modo inconsapevole. Il che, come ho già detto, porta a perpetuare errori alimentari che, ripetuti nel tempo, possono provocare effetti gravissimi.

Questa “epidemia” ha due fondamentali motivi scatenanti. Il primo l'ho già menzionato, cioè la mole esagerata di cibi contenenti glutine ingurgitati ogni giorno, soprattutto quelli dell'affollatissima famiglia dei cosiddetti prodotti da forno, che non a caso tolgo del tutto ai pazienti oncologici. Sugerendo però di ridurli al massimo anche a chi, per sua fortuna sano, intende rimanere tale. Di peggio c'è poi che il glutine viene “nascosto” anche là dove non immagineremmo mai, in quanto aiuta a “fare volume” e a rendere i prodotti da forno “cosmeticamente” più gradevoli e invoglianti: più soffici, più dorati, più conservabili nel tempo. Il secondo motivo risiede nel fatto che da anni il glutine è stato potenziato in modo innaturale per assecondare altri fini che nulla hanno da spartire con la nostra salute. Lo fanno anche perché più glutine si aggiunge agli impasti, più le macchine lavorano agevolmente, consumando meno energia elettrica. Come dire che per qualcuno la bolletta elettrica conta di più della salute dei consumatori.

Oltre a danneggiare l'intestino tenue, alterandone come ho detto la permeabilità e agevolando così il conseguente “inquinamento” del torrente ematico, il glutine può favorire anche la formazione di anticorpi, con secrezione di sostanze infiammatorie come le *citochine*, o ancora causando uno stress chimico con conseguente perdita di vitamine, minerali e nutrienti

chiave indispensabili nei processi di guarigione e riparazione organica. Agendo come neurotossina, altera inoltre la produzione dei neurotrasmettitori (le sostanze chimiche indispensabili al nostro sistema nervoso per comunicare) quali per esempio *serotonina*, *dopamina*, *adrenalina* e *istamina*. Partendo da questa considerazione è stato dimostrato che soggetti affetti da diverse malattie neurologiche – dalla sindrome bipolare alla schizofrenia, dalla neuropatia all'epilessia, dall'autismo alla stessa depressione – possono trarre grandi benefici eliminando il glutine dal regime alimentare. Anche di questi benefici si trova diffusamente traccia nelle cartelle cliniche – con i valori del prima e del dopo – di tanti miei pazienti.

Ma è proprio la neurotossicità del glutine a preoccuparmi in modo particolare. Perché oltre a poter colpire le persone più anziane con sindromi degenerative, c'è il forte sospetto che agisca anche come causa scatenante di tante forme dei disturbi comportamentali dei bambini ai quali ho già accennato. Da oncologa, nutro poi il forte e fondato sospetto che queste neurotossine abbiano un loro peso anche sulle forme tumorali cerebrali infantili che constato essere in forte aumento, con manifestazioni soprattutto nella fascia d'età attorno ai cinque-sei anni. La loro salute – mi chiedo e richiedo – non vale forse lo sforzo di preparare loro una torta fatta in casa con materie prime sane e buone, come si faceva una volta, anziché acquistare le stramaledette merendine e, quel che è peggio, darle loro da mangiare anche più d'una volta al giorno? Non mi si venga a dire che non ce n'è il tempo, perché quando si parla della salute e della vita dei bambini il tempo lo si DEVE trovare, rinunciando magari a ore buttate via davanti a tanti programmi televisivi che oltre a essere idioti sono anche diseducativi. I bambini non ci hanno chiesto di venire al mondo, siamo noi che li vogliamo e li facciamo nascere. E dare loro un'alimentazione sana e corretta, come facevano le nostre nonne e le nostre mamme, fa parte irrinunciabile del "mestiere" di genitori; altrimenti – e qui divento cattiva – è molto meglio cambiare mestiere.

55. È vero che ci può essere glutine anche in alcuni farmaci?

Non solo in alcuni, ma in tantissimi: dall'Aspirina alla Tachipirina, per citare solo due dei più famosi. Sono tutti quei farmaci in cui, come

eccipiente – la sostanza inattiva che, per esempio, serve a dare forma, volume e consistenza a una pastiglia – viene usato *amido*, che deve essere riportato esattamente così, come “Amido”, nel “bugiardino”. Se l’indicazione dice invece che si tratta di “Amido di mais” o “Amido di patate”, significa che quei farmaci sono privi di glutine.

Grazie della domanda anche perché, tirando in ballo i farmaci proprio mentre parliamo di disbiosi e di altri problemi intestinali, mi permette di ricordare che a fare danni sono anche altri farmaci dei quali si fa ormai un abuso indiscriminato, come per esempio gli antiacidi usati contro il reflusso gastrico. Se assunti cronicamente, sono a loro volta controproducenti e dannosi perché favoriscono infezioni e alterano la produzione di batteri. In più curano solo il sintomo, non la causa, aggredibile invece nel giro di poche settimane, se non di giorni – basta provare! – eliminando soprattutto i prodotti da forno, dalle fette biscottate alle merendine, dai biscotti alle torte pronte, dalle pizze surgelate ad altri sbrigativi obbrobri alimentari. E vanno eliminati anche tutti gli altri potenziali agenti di acidificazione, a iniziare dall’indiscusso numero uno, lo zucchero. Per non parlare poi dei danni arrecati al microbiota e alla flora intestinale dagli antibiotici, usati sempre più spesso come fossero acqua fresca: una sola settimana di trattamento antibiotico è in grado di mandare in disbiosi il microbiota; con l’aggravante che il tempo necessario per “riportarlo” alla normalità, cioè allo stato di eubiosi, è in media di due anni.

56. Quindi lei ci dice che disbiosi e permeabilità intestinale, principali cause delle malattie autoimmuni, si possono curare?

Certo, non è né impossibile né difficile. E approfitto dell’occasione per ribadire che dobbiamo avere sempre, come prima preoccupazione, il massimo rispetto dell’intestino. Per almeno due ottime ragioni. La prima è che *LUI* è il nostro *primo cervello*, non “il secondo”, come lo hanno battezzato tardivamente e in modo riduttivo. Dobbiamo quindi mantenerlo in perfette condizioni perché, come amo dire ai miei pazienti, “è *LUI* a portare in giro noi, non il contrario”. Il secondo motivo è appunto collegato alle malattie autoimmuni favorite dalla disbiosi e dalla permeabilità intestinale. Questo perché – l’ho detto, ma lo ribadisco proprio come

oncologa – le malattie autoimmuni possono degenerare in patologie ancora più preoccupanti e diventare tumori.

Il ripristino del microbiota e la cura della permeabilità intestinale richiedono tuttavia tempo, pazienza, impegno e tanta buona volontà, dato che oltre ad alcuni “aiutini” da assumere – i giusti probiotici, ottimi integratori specifici sulle patologie autoimmuni, altri drenanti di origine naturale e antinfiammatori altrettanto naturali – bisogna accettare alcuni sacrifici sul fronte delle abitudini alimentari. Partendo, come *conditio sine qua non*, dalla eliminazione del glutine dalla nostra dieta o quantomeno prevedendone una drastica riduzione; e incentivando parallelamente il consumo delle nostre principali alleate sul fronte dell’alcalinizzazione, cioè le verdure. Soprattutto quelle appartenenti alla famiglia delle *brassicacee* (o *crocifere*) come broccoli, broccoletti di Bruxelles, cavoli di ogni tipo (cavolfiore, cappuccio, bianco, nero, viola), verze, rucola e via elencando. Le verdure non vanno però più intese “all’italiana”, limitandole al ruolo di un contorno che ci può essere o non essere: sono da considerarsi invece “pietanza” e devono essere abbondanti. Meglio invece ridurre di molto, mangiandole soltanto quando sono di stagione, le *solanacee* e cioè pomodori, melanzane, patate e peperoni; vanno limitate in quanto acidificanti. Da dimenticare per sempre, ovviamente, i sottaceti, così come l’aceto per condire, anche se balsamico, da sostituire con il succo spremuto del limone, il solo agrume che, anziché acidificarci, ci alcalinizza.

57. Passiamo agli altri suoi due nemici bianchi, dottoressa? Affrontiamo prima lo zucchero o il latte?

Non metto nessuno dei tre in una graduatoria, giudicandoli tutti a modo loro pericolosi per la salute, ognuno per motivi ben precisi. Ma da oncologa non posso non individuare nello zucchero uno dei miei più pericolosi e temibili nemici. Non ho mezzi termini in materia: lo *zucchero aggiunto*, in tutte le sue forme, andrebbe eliminato in modo definitivo, magari un po’ alla volta, abituando via via il nostro palato a gusti meno dolci.

La mia prima raccomandazione si basa su un paradosso che vale per tutti, sani e malati: il dolce zucchero è l’alimento più acidificante in assoluto. Quindi ci fa male, molto male. La seconda è rivolta in particolare ai malati oncologici e a chi li ha in cura, perché lo zucchero è anche

l'alimento preferito delle cellule tumorali, che ne divorano 20 volte tanto rispetto a quanto fanno le cellule sane. Per questo non riesco davvero a concepire il fatto che nel 99% dei menu ospedalieri, perfino per i malati di tumore, siano previsti budini, yogurt, macedonie di frutta, brioche, fette biscottate o certe micidiali vaschette di frutta frullata. Mi chiedo e chiedo ai colleghi responsabili delle Oncologie: che senso ha somministrare ai pazienti pesanti cure e poi "remare contro" dando loro dalla mattina alla sera bombe di zucchero con le quali il tumore andrà – come si dice – "a nozze"?

A casa mia, per esempio, lo zucchero di fatto non c'è nemmeno, fatta eccezione per un *mascobado* biologico, da usare anch'esso con estrema parsimonia per una crostata fatta in casa. Lo zucchero è uno di quei prodotti da lasciare sugli scaffali, anche perché se ne può fare tranquillamente a meno. Il corretto e necessario fabbisogno quotidiano di zuccheri lo assumiamo comunque già da tutti gli alimenti consumati in purezza con un'alimentazione equilibrata e completa: c'è nei cereali (sempre integrali) da mangiare anch'essi con molta misura, negli pseudocereali come quinoa, saraceno e amaranto, nelle succitate verdure, nei legumi e in tanti altri cibi, inclusa ovviamente la frutta.

A proposito della quale raccomando però, come prevenzione, che non sia mai troppa. Al massimo un frutto al giorno e non tutti i giorni. E solo al mattino, di un unico tipo per volta, evitando cioè le macedonie e le insalate di frutta che, essendo un mix di diversi indici di acidità (il pH), creano seri problemi digestivi. La frutta, soprattutto, non va MAI mangiata a fine pasto – malsana abitudine tutta italiana – e MAI E POI MAI dopo cena. Questo perché è proprio alla sera che i problemi digestivi si aggravano al massimo, mandando in confusione l'intestino. Il risultato è quello di far marcire tutto quanto abbiamo mangiato prima, soprattutto se si tratta di cereali, con la conseguente produzione di *putrescina*, una poliammina che ha un alto potere cancerogeno. Intendiamoci: nella giusta misura le poliammine, in quanto fattori di crescita cellulare, sono indispensabili nel periodo dell'infanzia. Ma una volta superata quella fase della vita bisogna evitare di abusarne, perché esse non sanno distinguere quali cellule stanno facendo crescere, se cioè siano sane oppure malate. Per questo, ai miei pazienti oncologici la frutta sono costretta a eliminarla DEL TUTTO perché il fruttosio è zucchero e danneggia fegato e pancreas. Chi vi dicesse che esagero,

credetemi, è solo uno che non sa un bel nulla dei tumori e di come si comportano.

58. Anche la frutta può farci male, dottoressa? Questo non ce l'aveva mai detto nessuno. Ma per esempio le arance, non sono considerate “il frutto della salute”?

Non mi riferisco a tutta la frutta, ma ricordo che, come per qualsiasi altro alimento, vale sempre la raccomandazione di un consumo consapevole. Per intenderci, se dico che i broccoli sono un toccasana per la salute, ciò non significa che ci si possa o tantomeno ci si debba cibare di broccoli dalla mattina alla sera. A tavola, la prima regola per stare bene è: cambiare. Cambiare sempre. Per questo considero la dieta fruttariana – unicamente basata sulla frutta – un'autentica follia, con un elevatissimo pericolo soprattutto ai danni di fegato e pancreas. Infatti, nella mia casistica ho anche tanti pazienti vegetariani o vegani con tumori metastatici. Essi partono dal principio sacrosanto e rispettabilissimo, tanto dal punto di vista salutistico quanto da quello morale, di evitare proteine animali; sia in quanto malsane sia perché implicano sofferenza agli animali stessi. Ma, nel loro “fai-da-te”, vegani e vegetariani commettono spesso errori gravissimi, come il cibarsi per “compensazione” di tantissimi carboidrati, di dolci e anche di troppa frutta. Per non dire del *seitan*, alimento molto usato soprattutto dai vegani, che però è glutine allo stato puro. Quindi, veleno.

A proposito della frutta, posso citare la fonte più autorevole e indiscutibile e cioè il motore di ricerca PubMed, la “Bibbia” dell'ambiente medico-scientifico internazionale, che riporta in una sua tabella le quantità cancerogene e cancerocinetiche di poliammine contenute nei diversi cibi (oltre alla putrescina, ci sono anche *cadaverina* e *spermina*). Ebbene, nettamente in cima alla lista vi è la frutta acida, in particolare arance, mandarini, pompelmi, kiwi e ananas, tutte cose che le leggende metropolitane collocano invece tra gli alimenti più sani. Il contenuto poliamminico delle arance è addirittura il più elevato in assoluto e mi chiedo perché mai siano state scelte come bandiera per una nota campagna di raccolta fondi antitumori. Meritorio senza dubbio lo scopo, ma sbagliatissimo mi sembra il frutto scelto come simbolo. Potevano trovarne un altro, per esempio la mela o la pera. Il succo d'arancia è infatti quello

che contiene più poliammine: esattamente 44,4 nmol (è l'unità di misura usata), mentre le sue fibre ne hanno 17,6. Un'arancia intera ne contiene quindi in tutto 62 (44,4+17,6). Questo rispetto, per esempio, all'1,3 dei miei amati broccoli.

59. Allora, quale frutta è meglio mangiare?

Per prima cosa di stagione. E poi che sia sempre e soltanto italiana, possibilmente da coltivazioni biologiche, che abbia viaggiato il meno possibile per arrivare sulle bancarelle, che abbia passato ancora meno tempo in frigorifero e che non abbia subito misteriose cure di bellezza e strani “bagni” per prolungarne la durata nei magazzini. Consiglio in linea di massima frutti non troppo zuccherini: bene i frutti di bosco, soprattutto i mirtilli, oppure una pesca o una albicocca d'estate; o, ancora, una mela o una pera nostrane rispetto a una banana, frutto esotico e di importazione. La banana è senz'altro comoda da sbucciare, gradevole al palato e anche molto saziante, ma la lascerei soltanto a chi fa intensa attività sportiva, sconsigliandola invece del tutto a chi svolge vita sedentaria. Per smaltire una banana bisognerebbe poi farsi una corsetta di qualche chilometro, quindi non può certo essere usata come sostituto del pasto – lo fanno ahimè in tantissimi nella pausa pranzo, mangiandosene perfino due o tre! – per poi ritornare abbioccati e immobili davanti a un computer per qualche altra ora. Oltre a contenere tante poliammine, la banana ha un'elevata componente zuccherina, 12 grammi ogni 100 di frutto – troppi! – e non va quindi bene né per chi ha problemi di obesità e di diabete, né per chi fatica a mantenere la glicemia sotto la soglia invalicabile del valore 100; valore ufficiale che io “abbasso” a una più ideale e salutare quota 90, misurata ovviamente al mattino a digiuno.

Riscopriamo, invece, quella che con termine inesatto chiamiamo “frutta secca”, cioè i semi oleosi come mandorle, noci o nocciole, che suggerisco di portarsi sempre in tasca o in borsetta, già sgusciati prima di uscire di casa e conservati in un sacchettino. Le mandorle sono un vero dono della Natura, ricchissime pure di ottimo calcio, sano e vero amico delle ossa, a differenza di quello del latte e dei latticini. Anche qui, però, senza mai esagerare: parlo di quattro o cinque mandorle, oppure di tre noci o di qualche nocciola in più. Non devono insomma diventare “caramelle”. Sono per prima cosa

sanissimi spezza-fame a metà mattina o a metà pomeriggio, ricchi di tanti minerali preziosi. Eviterete così la più malsana di tutte le abitudini malsane, ovvero la selezione di uno snack salato o dolce in quella galleria degli orrori alimentari contenuta nelle macchinette distributrici, presenze ahimè costanti nelle scuole, nelle palestre e negli uffici pubblici e privati.

Mi chiedo che cosa attenda l'Italia a seguire l'esempio virtuoso della Francia, che queste dispensatrici di schifezze le ha proibite per legge da diversi anni. Chiamandole con il loro nome, le definirei piuttosto distributrici di malattie. Oltre a pessime "cose" solide confezionate, sputano fuori il peggio del peggio, cioè le bibite dolci e gassate. Una sola di quelle lattine contiene infatti il 44% del nostro fabbisogno giornaliero di zucchero. Con l'aggravante che poi noi, da mattina a sera, aggiungiamo tanto altro zucchero: quello contenuto in biscotti, fette biscottate, yogurt, budini, merendine, cornetti, pancarré, pasta, pizzette, patatine fritte. Quanto alle cosiddette bevande diet o light, oppure zero, è peggio che andar di notte! Studiate per accalappiare i gonzi con la falsa lusinga della "linea", uniscono al danno la beffa. Da un lato infatti i loro dolcificanti artificiali alzano il picco glicemico molto più rapidamente dello zucchero normale, favorendo così l'insorgere del diabete; dall'altro non sono per nulla amiche della linea, come vorrebbero farci credere i furboni che le producono e le vendono. In realtà "aiutano" la ritenzione dei liquidi sottocutanei: così, anziché farci dimagrire, ci gonfiano. Per non dire poi dell'aspartame, quello che troviamo sui banconi dei bar – e magari pretendiamo! – per dolcificare caffè o tè: è una robbaccia in serio odore "scientifico" di essere anche cancerogena.

Insomma, diamoci una bella mossa e svegliamoci! Non facciamoci ingannare, perché il girovita lo possiamo controllare altrimenti, in modo naturale, privilegiando qualcosa di molto più importante: la VITA!

60. Torniamo ai frutti, dottoressa?

Certo. Dicendo che sconsiglio in generale quelli tropicali, come per esempio *kiwi*, *ananas*, *mango* e *papaia*, anch'essi molto di moda e senza alcun dubbio buoni; peccato però che oltre a essere particolarmente ricchi di zuccheri, sono cibi che noi occidentali non siamo programmati a digerire. Passi ogni tanto uno di questi frutti, se freschi. Ma mai e poi mai quelli affettati, "annegati" nello sciroppo di glucosio-fruttosio e per di più

confezionati in lattine di alluminio, metallo che per l'effetto acido del succo cederà un po' di se stesso alla polpa.

La mia avversione ai frutti tropicali nasce dal fatto che la Natura non è una sprovveduta come noi umani, suoi figli distratti e fundamentalmente ignoranti. La Natura ha dato infatti ai nativi di quelle latitudini – e solo a loro – gli enzimi giusti per poter metabolizzare nel modo corretto quei frutti; questo anche in considerazione dei loro ritmi di vita e delle diverse zone climatiche dove essi vivono e dove quei frutti crescono da sempre. Mentre noi occidentali siamo sprovvisti di questi enzimi e così rischiamo di crearci seri problemi digestivi, che magari poi attribuiremo ad altri cibi, del tutto innocenti.

Ho già detto degli agrumi e del loro carico di poliammine; e l'ho detto, credetemi, con tutto il dolore che mi costa, da mezza siciliana quale sono. Ma per il lavoro che faccio devo dire le cose così come stanno, non come la gente vorrebbe sentirsi dire. E men che meno le false verità che qualcuno – interessato – vorrebbe che io, medico, dicessi. Con me ha sbagliato indirizzo! La mia raccomandazione non nasce infatti solo dall'esperienza di chi cura da tanti anni gli altri, ma prima ancora da quella personale come medico di me stessa: gli agrumi – oltre al loro elevato apporto di fattori di crescita cellulare – ci acidificano molto, così come anche le ottime fragole. Ripeto: non voglio dire che questi frutti vadano eliminati del tutto – salvo ai pazienti oncologici e su questo sono radicale – ma senz'altro consumati con grande misura. Come tutto, del resto.

La Natura è però sempre in grado di stupirci, perché tra gli agrumi ci ha invece regalato un toccasana come il limone che, come ho detto, ha uno straordinario effetto basico. Il pH è sì basso come quello degli altri agrumi, e il suo succo risulta acido al palato, ma una volta “dentro” di noi ci alcalinizza. Oltre a darci vitamina C e a disintossicarci. Proprio per questo consiglio a tutti di iniziare la giornata a digiuno, prima di qualsiasi altra cosa, con il succo di mezzo limone spremuto in un bicchier d'acqua. Mezzo limone, non occorre di più, e senza bicarbonato. E che l'acqua sia a temperatura ambiente e mai gassata.

A proposito: perché questa morbosa passione degli italiani per l'acqua frizzante, nonché gelata, anche a tavola? Che bisogno abbiamo di gonfiarci con quella, oltre che con il cibo? Questo non lo capirò mai.

Bevete comunque la benefica spremuta appena alzati, poi lasciate passare una ventina di minuti per lavarvi e soltanto dopo sedetevi – ho detto

sedetevi, non in piedi! – a fare colazione. Quel mezzo limone spremuto è una “mano santa” per il nostro benessere generale e può essere assunto, credetemi, anche da chi soffre di gastrite. Non solo, e qui smonto un altro luogo comune da archeo-medicina: il limone non è “astringente”. Anzi, se soffrite di stitichezza, spremete il vostro mezzo limone in acqua tiepida o calda e vi assicuro che potrete buttare per sempre nella spazzatura i lassativi con i quali vi siete abituati a convivere.

61. Ma i nostri bambini mangiano molti cibi dolci, nell’arco di una giornata. Che cosa possiamo fare per loro?

Mi sembra elementare: smettiamo di dar loro simili malsane porcherie. Ma intendo del tutto e per sempre. Non siamo mica obbligati a comprarle per legge! Aggiungo che, purtroppo, non sono nemmeno “molte”, ma maledettamente troppe. Siamo alla follia alimentare e non per caso. Chi si inventa ogni giorno tali prodotti – e li impone sul mercato con milionarie e martellanti pubblicità – sa bene cosa ci dice la ricerca medico-scientifica: lo zucchero agisce sul cervello come una qualsiasi altra “droga”, creando dipendenza. Non c’è, insomma, nessuna differenza tra ciò che fa sul nostro cervello lo zucchero, rispetto agli effetti che possono dare il fumo, l’alcol o la cocaina. La verità è che così stiamo creando generazioni di bambini, di giovani e un domani di adulti letteralmente dipendenti da questo veleno. Perché chi più mangia roba dolce più ne vorrebbe mangiare.

Se pensate che il contenuto di zucchero di una nota crema spalmabile italiana è il 56,8% – come risulta in etichetta – capite bene perché parlo di follia alimentare. La cosa che mi preoccupa è che sento spesso tanti adulti dirmi: “Non me la tolga, quella crema, dottoressa, perché per me è ormai un antidepressivo”. Un antidepressivo? Ecco spiegato ciò che dicevo. Capite che cosa intendo quando parlo di dipendenza “indotta” a livello cerebrale? Ci sono riusciti in pieno! Peccato che troppe mamme italiane non leggano le etichette e non si rendano quindi conto di che cosa stanno dando ogni giorno ai loro bambini, magari spalmando quella roba su due o tre fette biscottate già dolci per conto loro, fatte con pessime farine e malsani grassi saturi.

Ma poi fanno anche di peggio, mandandoli a scuola dopo aver ficcato nei loro zainetti una o due sbrigative merendine altrettanto iperzuccherate,

una lattina di succo “diabetogeno” o un vasetto di stucchevole tè confezionato. Sempre e comunque il trionfo dello zucchero, insomma, innescando così dopo ogni boccone e sorso i consequenziali picchi di insulina. Insulina che – vorrei ricordare – è anche un pericoloso fattore di crescita cellulare. “Mal-nutriti” allo stesso modo tutti i giorni, senza cambiare mai, poveri piccoli! Vi dirò che sono davvero stanca, oltre che rabbiosa, di dover visitare con sempre maggiore frequenza bambini con tassi di glicemia da adulti e con steatosi epatiche all’ultimo stadio. Basta, così mettiamo a rischio la loro salute!

Batto e batterò sempre su questo tasto fino a sgolarmi: lo zucchero è un “non alimento”, ha un pH bassissimo di 2,1, non apporta né proteine né grassi, né vitamine, né minerali, ma solo carboidrati che massacrano fegato e pancreas. Dopo le ore 14 il metabolismo umano inizia a rallentare, fino ad addormentarsi del tutto di notte. Vale per noi adulti che ce ne stiamo fermi otto ore alla scrivania di un ufficio, ma vale ahimè anche per i bambini seduti di mattina a scuola e al pomeriggio a casa a fare i compiti. E tutta questa quotidiana mole di zucchero non metabolizzato che cosa fa? Si deposita nel fegato sotto forma di grasso, scatenando quella che ormai è un’altra delle “epidemie” della moderna e ipernutrita società occidentale: la steatosi epatica, con un buon 40% di italiani che ne sono affetti.

Ripeto: ho visto bambini di appena 10 anni – ovviamente anche in forte sovrappeso, quando non obesi – con la steatosi al massimo livello, cioè quella in cui il fegato presenta le cosiddette “aree di risparmio”. Che non sono qualcosa di buono, come indurrebbe a pensare il nome, ma sono “buchi” che si aprono nel tessuto epatico. Di fatto “disgregandolo”, “sfaldandolo”, mettendo così in pericolo la funzionalità di un organo vitale, oltre che uno dei nostri organi emuntori. Andando avanti in questo modo, continuando a dare da mangiare ai bambini simili “cose”, mettiamo in pericolo la loro stessa vita! Perché se il fegato si “sfalda” e quindi non funziona – lo dico in modo da farmi capire meglio dalle mamme, dai papà e dai nonni – si va in insufficienza epatica, che è una patologia gravissima!

A conforto di quanto sto dicendo contro lo zucchero, per altri danni che può provocare, voglio ricordare che di recente anche l’associazione dei cardiologi americani, la American Heart Association, ha lanciato il suo allarme. Gridando a voce alta, senza mezze parole: “Via lo zucchero aggiunto dalla dieta dei bambini”. Le nuove linee guida, pubblicate su *Circulation*, il giornale dell’associazione, escludono completamente lo

zucchero per i bambini di età compresa da zero a due anni. Sono quindi da evitare tutte le cose che ho appena detto, ma anche i gelati, i succhi di frutta industriali e le bibite di ogni genere, abituando invece fin da piccoli i loro palati a un gusto meno dolce. Così facendo, potranno crescere via via come bambini, adolescenti e poi adulti che sapranno e vorranno preferire solo i cibi più naturali e sani. Finalmente liberi, non più schiavi del marketing e della pubblicità. Chi è invece nella fascia di età compresa tra i 2 e i 18 anni dovrebbe mangiare o bere meno di sei cucchiaini di zuccheri aggiunti al giorno, ovvero 25 grammi, cioè 100 calorie. Una ricerca europea del 2015, chiamata *Idefics*, ci dice invece che i bambini italiani tra i 2 e i 9 anni mangiano addirittura 87 grammi di zuccheri aggiunti al giorno! Meno della media continentale di 97 grammi, ma pur sempre una mostruosità.

Il grido d'accusa dei cardiologi americani si basa, del resto, su un'infinità di studi che dimostrano come l'abuso di zuccheri in età infantile aumenti anche il rischio di sviluppare problemi cardiaci e di ipertensione. Senza dimenticare il rischio obesità, dato che il peso in eccesso sottopone il cuore a sforzo. Non solo questo, però: il grasso sottocutaneo in eccesso – e il discorso vale pure per gli adulti – soprattutto per le donne! – è al tempo stesso una “fabbrica” di ormoni in libertà e una vasta “prateria” dove far pascolare le cellule tumorali. Ai genitori ricordo un'altra verità scientifica: è nei primissimi anni di vita che si costruisce l'adulto sano di domani. Sta quindi a voi pensarci, non ci possono essere scuse o attenuanti. Non è ancora tutto, purtroppo: nei bambini, il “veleno zucchero” aumenta anche la possibilità di ammalarsi di diabete di tipo 2, proprio perché mangiando e bevendo – ogni giorno e più volte al giorno – le suddette porcherie possono sviluppare insulino-resistenza, che è appunto l'anticamera di questa tipologia di diabete.

Genitori e nonni, a questo punto io le cose ve le ho dette – da medico e da oncologa – così come stanno, non come vorrebbe farvi credere qualcuno. E allora vi chiedo: volete continuare così, “drogando” e “avvelenando” i vostri figli e nipoti? Perché mai, se è lecito? Non rispondetemi però che loro fanno capricci e che le altre cose non le mangiano: io appartengo a una generazione che vivaddio è stata tirata su con tanti “No”. Fino a quando, spinti da una sana fame, mangiavamo ciò che ci veniva dato. Io oggi non posso che ringraziare chi mi ha detto quei “No”. Iniziate anche voi a dire dei “No” ai vostri piccoli: per il loro bene di oggi e per il futuro.

La ricerca dell'American Heart Association mette inoltre in allerta le mamme, ancor più in generale, nei confronti di tutti i cibi processati di tipo industriale, compresi i cereali per la prima colazione che nascondono enormi quantità di zuccheri aggiunti, con l'aggravante dell'utilizzo indiscriminato del peggiore di essi, lo sciroppo di glucosio-fruttosio. Ma puntano ovviamente il dito anche e soprattutto contro le bibite zuccherate. Le linee guida dei cardiologi statunitensi dicono, infatti, che **ai bambini può essere concesso di bere – nell'arco di un'intera settimana, non di un giorno! – non più di 300 ml di queste schifezze gassate e iperdolci. Il che vuol dire poco meno di una lattina**, che in media contiene 330 ml. Alla settimana, ripeto! Questa è musica per le mie orecchie! E il fatto che questo severo *warning* arrivi da un Paese che purtroppo ha infinite responsabilità nella peggiore e più pericolosa delle forme di globalizzazione, quella alimentare, mi fa sembrare questa musica un'autentica sinfonia. Il mio sincero plauso ai colleghi americani!

62. A questo punto ci resta il latte. Che cosa ci dice di un alimento che il comune sentire considera forse al top delle cose buone e sane?

Cominciamo col dire che il latte che beviamo oggi, e dal quale viene ricavata un'interminabile filiera di prodotti derivati – dai formaggi agli yogurt, passando dai gelati e dai budini – non è più il latte di una volta. È senz'altro più “pulito” e igienico grazie ai moderni processi produttivi, ma è molto peggiorato in termini di qualità nutrizionale e soprattutto di salubrità. Non a caso, nel mio primo libro avevo titolato così il capitolo specifico dedicato a questo alimento: “Il latte è bianco, non ‘immacolato’”. Confermo la mia affermazione. E ve la spiego, così come faccio con i miei pazienti quando li vedo sgranare gli occhi, ribattendomi: “Ma dottoressa, i miei nonni e i miei genitori sono cresciuti con latte e formaggi”. Certo, peccato però che il “nostro” latte non sia appunto più quello che consumavano loro.

Portando le mucche dai pascoli liberi alla prigionia degli allevamenti intensivi, la produzione di massa ha trasformato meravigliose e miti creature in animali “infelici”. Peggio ancora: in stressate “macchine produttive in linea” costrette a vivere rinchiusi in grandi stalle dove con artifici chimici e ormonali vengono costrette a produrre quantità del tutto innaturali di latte. Per essere più chiara, si è passati da una produzione

giornaliera media per vacca di circa 20 litri di latte – quelli stabiliti da Madre Natura – a una cinquantina. Più del doppio. Con casi che negli Usa arrivano fino alla mostruosità e crudeltà di 100 litri! Si tratta di una modificazione a scopi unicamente economici, ottenuta ricorrendo a ormoni sintetici, come per esempio il ricombinante dell'ormone della crescita del bovino (rBGH). La conseguenza più frequente è che la povera bestia si ammala di mastite o soffre di infiammazioni delle mammelle, con la necessità di somministrarle alte dosi di antibiotici. Antibiotici che ovviamente ritroveremo dentro al latte che beviamo o che mangiamo sotto forma di formaggi, budini, yogurt, gelati e via elencando.

Non sono io a dirlo. I numeri e i fatti che cito sono dell'OMS, l'Organizzazione mondiale della Sanità. Su tutti, c'è un dato che colpisce di più: **il 50% degli antibiotici prodotti in Europa dalle case farmaceutiche non va agli "umani", ma finisce in zootecnia, mentre negli Usa arrivano a usarne addirittura il 75%.** Con le immaginabili conseguenze. La prima è stata denunciata nel 2016 dagli infettivologi: questa nostra quotidiana e inconsapevole assunzione di antibiotici ci sta portando a sviluppare resistenze ai medesimi farmaci, con la previsione che nel 2050 (se non prima!) nessuno degli antibiotici al momento conosciuti sarà in grado di difenderci da infezioni o virus quando ne avremo davvero bisogno!

Poi, nel latte, c'è tutto il resto. A iniziare dal carico ormonale "di specie" animale, che può portare pesanti conseguenze alla salute umana. Dico "può" per ribadire una volta di più che noi siamo tutti diversi l'uno dall'altro, in salute così come in malattia. Non solo: siamo diversi noi e sono diverse le nostre malattie. Ciò significa che, se per molte persone il contrasto con gli ormoni animali non produce effetti negativi, per tante altre può risultare invece disastroso. E parlo da oncologa.

63. Ma che cosa ci sarà mai d'altro e di così dannoso, nel latte vaccino, oltre agli antibiotici, da renderlo così invisibile a lei che combatte sul fronte dei tumori?

L'incredulità è legittima. So bene che la maggioranza delle persone considera questo alimento un mito intoccabile, quasi benefico. Ma dal punto di vista oncologico, mi spiace dirlo, non è così. Iniziamo col dire che l'Uomo è l'unico animale che si nutre del latte di un altro animale,

facendolo senza nemmeno porsi la domanda se questo possa giovargli oppure no. Ma soprattutto lo consuma in quantità esagerate. Non tanto in versione liquida, ma oggi sempre più solida, trasformata e iperprocessata con il ricorso massiccio a conservanti, addensanti, dolcificanti e perfino coloranti artificiali. Lo consuma, ciò che è peggio, oltre lo svezzamento. Gli altri animali seguono invece la “programmazione” di Madre Natura, che non a caso fornisce loro il latte – così come alle donne – solo nella fase della vita durante la quale bisogna nutrire i piccoli e farli crescere. A fare invece da suggeritori a noi uomini, ormai sprovvisti del corretto istinto naturale, sono stati in parte la consuetudine e in parte i luoghi comuni “imposti” dalla grande industria alimentare a partire dai primi decenni del secolo scorso, quando è iniziato il suo sviluppo su scala globale. Ma solo per perseguire fini economici che non possono essere i miei, quelli di un medico.

Dico un'altra cosa: che l'Uomo beva latte e mangi formaggi da millenni non lo si può negare, ma va precisato che per millenni quel latte e quei formaggi sono stati quasi esclusivamente di origine ovina, cioè da latte di pecore e capre. La pastorizia era quella, con greggi libere che si spostavano da un luogo all'altro, se non da un Paese all'altro. Mentre è solo dai primi decenni del secolo scorso che l'uomo ha iniziato a nutrirsi soprattutto di latte vaccino, un tempo invece solo alimento dato ai vitellini per crescere, da madre a figlio, come è naturale che sia. Per farli diventare animali per l'agricoltura – gli antichi “trattori” – e in parte per nutrirsi.

Per fortuna, da qualche anno i giovani pediatri stanno iniziando a suggerire alle mamme di ritornare ai ritmi della Natura, convincendole a dare latte ai loro piccoli solo fino a svezzamento compiuto. La maggioranza degli adulti si ostina invece a perseverare nell'errore, pur nella convinzione – pilotata ad arte – che il latte sia un alimento salutare. Il risultato è che se ne assumono enormi quantità, per di più trasformato in svariati modi: yogurt o gelati, frappé o budini, schiumato ad altissime temperature nel cappuccino al bar o freddo in una ciotola insieme con i cereali del mattino (davvero una “sana” accoppiata!) o, ancora, come farcitura cremosa di merendine per bambini o di brioche per adulti.

Vengo quindi a spiegare che cosa – e perché – non va bene nel latte dal mio punto di osservazione di oncologa. Il motivo principale consiste nella esagerata “potenza” degli ormoni “di genere” che si trovano anche in tutti i suoi derivati. Perché quegli ormoni ci sono, rimangono e non li possono

eliminare nei processi di trasformazione. Il fatto che un tempo questo pericolo non venisse segnalato dai medici – come i paladini del settore caseario si ostinano a dire, a titolo di giustificazione – non significa davvero nulla. Vorrei per esempio ricordare come negli anni Sessanta, negli Stati Uniti, medici di grande fama fecero da testimonial pubblicitari per decantare i “benefici” delle sigarette!

Tornando al latte, è indubitabile che gli ormoni bovini “litighino” con i nostri, perché ne sono totalmente diversi. Io amo dire che “fanno a cazzotti” con il nostro sistema ormonale, con rischi potenziali molto alti da individuo a individuo. Non è nemmeno difficile capire il perché: sono ormoni che la Natura ha predisposto per fare crescere “neonati” che vengono alla luce pesando tra i 40 e i 50 chili, peso che dovranno addirittura decuplicare. Ma siamo forse “vitelli”, noi umani, che nasciamo di appena 3 kg o poco più e che dobbiamo arrivare ai 70 e rotti? Ricordate che cosa avevo detto proprio all’inizio, a proposito dell’importanza di mantenere costanti i nostri equilibri? Ecco un altro esempio di come sia facile “romperli”, con tutti i conseguenti pericoli.

Ad avvicinarsi di più al latte materno, il solo perfetto per gli umani, ci sarebbe quello d’asina, come sapevano benissimo gli antichi. Più tollerabili rispetto al vaccino, anche se non da tutti, sono i latti di capra o pecora. E questo grazie a due fattori: primo, per gli ovini sopravvive ancora la naturale prassi del pascolo libero che ne fa animali più sani; secondo, hanno una stazza analoga all’Uomo. Non a caso la Natura, nella sua infinita saggezza, ha proporzionato su quella taglia la potenza di “accrescimento” del latte ovino. Inoltre, la “produttività” di capre e pecore è limitata proprio grazie al tipo di allevamento, di rado intensivo, il che fa sì che i ridotti quantitativi di latte consentano al massimo una trasformazione di tipo artigianale. Comunque, il latte di capra lo darei regolarmente solo ai bambini e di tanto in tanto agli adulti, i quali possono trovare invece ottime e sane alternative nei latti vegetali.

64. Quindi, ci sta dicendo, il pericolo contenuto nel latte vaccino risiede nei suoi ormoni?

Direi che risiede “anche” negli ormoni. Aggiungo infatti un forte carico di fattori di crescita cellulare, quelli di cui si nutrono le cellule sane nel

processo di sviluppo. Peccato che se ne nutrano, quando vogliono loro, anche le cellule tumorali. Mi spiego: se una persona che ha in atto una malattia oncologica, specie se di tipo ormonosensibile, continua a nutrirsi di latte e derivati dando retta ai cattivi maestri che insistono nel ripetere che si tratta di alimenti che ci fanno bene, così facendo darà di fatto da mangiare al male. La cui crescita non potrà che aumentare in velocità e aggressività.

Per dovere di chiarezza devo spiegare quali siano i tumori ormonosensibili, almeno i più diffusi e noti. Su tutti il tumore della mammella, che pur essendo oggi il più curabile, è in fortissimo aumento e ciò che è peggio in età sempre più giovane. Per parlare chiaro, quando io ho iniziato a fare l'oncologa, un quarto di secolo fa, l'età media delle pazienti affette da tumore al seno che mi arrivavano in visita nell'ospedale milanese dove lavoravo, era over 50. Mentre da qualche anno si è abbassata nella fascia compresa tra i 35 e i 40 anni. Molte sono purtroppo le ventenni, per non dire come di recente mi sia toccato visitare – uno choc anche per una collaudata come me, ve lo assicuro! – una quindicenne. Le concause sono le solite, dall'inquinamento allo stress “maschile” da lavoro, senza dimenticare appunto l'alimentazione sbagliata e, soprattutto, la scellerata abitudine di iniziare a fumare sempre più presto. Perché il fumo – lo ripeto volutamente, perché *repetita iuvant!* – è un potentissimo acceleratore dei tumori, in particolare del seno. Non colpisce insomma soltanto il polmone, come tutti pensano, ma tanti altri organi, in particolare la vescica, dato che il tipo di tessuto è molto simile a quello dei polmoni.

Gli altri tumori ormonosensibili più noti sono quelli dell'utero, dell'ovaio – anch'esso in allarmante aumento – della prostata nell'uomo e tiroidei in entrambi i sessi. A proposito del cancro alla prostata, stando alla mia casistica quotidiana sto registrando il suo diffondersi in soggetti giovani che per di più presentano metastasi ossee d'esordio. Quando dico giovani intendo quarantenni, mentre in passato la patologia colpiva di norma persone ben più avanti negli anni. Nelle mie interminabili visite, prima di decidere le opportune terapie oncologiche, indago sempre a fondo sulle abitudini di vita e quindi anche sulla pregressa alimentazione di chi ho davanti. Vedendo emergere spesso inequivocabili coincidenze: molti dei pazienti erano stati – o sono ancora – soggetti molto sportivi, magari esenti dal vizio del fumo, ma che proprio per sostenere la loro attività fisica e agonistica sono sempre stati forti consumatori di latte e derivati; su tutti, di yogurt, cibo erroneamente e immotivatamente considerato “benefico” dalla

maggior parte delle persone. Ma anche di troppi dolci, di troppi carboidrati e di troppe spremute d'arancia, zuccherine, acidificanti e piene di poliammine.

65. Dottoressa, ci sta facendo cadere un mito dopo l'altro. Anche lo yogurt?

È una domanda che mi sento porre quasi sempre, racchiusa in uno sguardo stupefatto, quello di chi vede appunto sbriciolarsi una certezza. Se penso a quanti yogurt – anche tre o quattro al giorno! – molte donne mi hanno confessato di consumare con il primario obiettivo di mantenere la linea e di “fare in fretta”, mi arrabbio e rabbrivisco. “Ma dottoressa, anche lo yogurt?”, mi chiedono contrariate. Di dover rinunciare alla bevanda-latte non sembrano quasi mai troppo addolorate. Sul “No” ai formaggi iniziano a storcere il naso. Ma la cosa più curiosa, quando affronto l'argomento yogurt, è che sembra esserci stata una collettiva rimozione del fatto che anch'esso è un derivato del latte. Quasi come se lo yogurt “nascesse” su qualche pianta, già confezionato in vasetto. Lo devo ammettere un'altra volta: quelli del marketing sono magistralmente micidiali nel diffondere false credenze e nello sviare al contempo l'attenzione da quelle vere.

In troppi – e soprattutto in troppe – attribuiscono così allo yogurt un'inscindibile (quanto fasulla) patente di prodotto benefico, per non dire curativo. Lo yogurt, invece, è un malinteso alleato del benessere. Lo è dal momento che al potere acidificante proprio della materia prima dal quale viene ricavato – il latte, appunto – aggiunge quello più suo, intrinseco, che nasce dal processo produttivo. Senza dimenticare le “altre cose” già dette di tutti i suoi prodotti “cugini”. Più zuccheri o dolcificanti artificiali aggiunti. Ah, dimenticavo: anche addensanti e coloranti, perché uno yogurt non ci fa mancare davvero nulla!

Non a caso mi arrabbio. Perché capisco che le donne mangiano così tanti yogurt per diversi motivi, ma tutti sbagliati: per fretta, per non dover cucinare o lavare una padella o un piatto, ma anche nell'errata convinzione che quei vasetti di roba fresca e gradevole al palato siano un valido aiuto alla linea. Non è vero nemmeno questo. Per capirlo, basta moltiplicare i quantitativi di zuccheri o di dolcificanti contenuti in un vasetto per il numero di vasetti consumati in una sola giornata. Se io, da oncologa, faccio

a mente la somma di ciò che un malato di tumore può ingerire nell'errata convinzione di farsi del bene, rabbrivisco. Ripeto: ormoni, fattori di crescita, zuccheri e una lunga serie di quelle innaturali "E" aggiunte. Se poi lo yogurt scelto, oltre al potere acidificante del latte e dello zucchero, ha anche quello di eventuale frutta addizionata, non ne parliamo davvero: peggio che peggio. Se poi vi venisse aggiunta una generosa cucchiata di cereali del mattino, di quelli cotti cioè in grassi saturi e dolcificati con sciroppo di glucosio-fruttosio... Beh, allora sì che si arriva all'*en plein* di cose sbagliate. Non solo per i malati oncologici, ma per tutti. Anche per quelli che, per loro fortuna, stanno bene.

66. E quanto alla caseina e al lattosio che cosa ci dice?

Ci stavo arrivando. Parlo della caseina, ricordando che è una proteina. Anzi, da sola rappresenta l'80% delle proteine del latte. Che cosa ne penso? Un gran male, perché oltre a essere indigesta e aterogenica (favorisce cioè l'aterosclerosi), la caseina è una sostanza colloidale che appiccica, danneggiandoli, i nostri preziosissimi villi intestinali e, così facendo, ne contrasta o addirittura ne inibisce la fondamentale funzione di assorbimento. Per dare un'idea di quanto sia appiccicosa, ricorderò che viene usata anche per produrre colle naturali, come per esempio quella utilizzata per le etichette da applicare su vasetti e bottiglie. Avete mai provato a togliere un'etichetta da un contenitore in vetro? Per quanto tempo la dovette lasciare in acqua calda prima di vederla venir via del tutto? Ecco, immaginate che bel "regalo" può fare alla vostra flora intestinale.

Posso citare un dato epidemiologico illuminante: in determinati Paesi, come quelli dell'Estremo Oriente, là dove non è mai esistito – e, buon per loro, ancora non esiste – un consumo di massa di latte vaccino, alcune neoplasie sono quasi del tutto assenti. Mi riferisco proprio a quei tumori che colpiscono organi nei quali è più forte e influente la componente ormonale. Aggiungo come in quegli stessi Paesi i bambini non conoscano di fatto i problemi alle tonsille e alle adenoidi ai quali vanno invece incontro i piccoli occidentali che si nutrono quotidianamente di latte e derivati.

Non è però solo la statistica a fare di me una nemica del latte vaccino e dei suoi derivati. Vi contribuisce anche l'esperienza oncologica sul campo. Prima di lasciare l'Italia, avevo lavorato per 22 anni in un noto centro

ospedaliero di Milano, città dove la comunità asiatica, cinese in particolare, è sempre stata molto numerosa. E, se nei miei primissimi anni di professione non mi era quasi mai capitato di visitare donne cinesi per tumori al seno o all'ovaio, nell'ultimo periodo le avevo invece viste arrivare in numero via via crescente. Ma solo le più giovani, le neoimmigrate: arrivate in Italia senza problemi neoplastici, nel giro di pochi anni manifestavano l'insorgere di quei tumori, soprattutto al seno. Evidenza che, da medico con una certa impostazione mentale, mi aveva indotto a pensare e a ragionare. E dato che buona parte delle mie visite è riservata a un "interrogatorio" sulle abitudini di vita, avevo scoperto che le più giovani, arrivando nel nostro mondo, ne avevano assunto anche gli usi alimentari. Su tutti, quello di consumare derivati del latte: un po' per moda e un po' per comodità. Yogurt per primo. Qualcuno dirà che si trattava di coincidenze. Peccato che come coincidenze fossero troppe. In più, ne ho avuto la controprova: messe da me a stretto "proibizionismo" caseario, già solo dopo qualche settimana le vedevo ritornare con esami che mostravano in modo inequivocabile i marcatori tumorali in rapida discesa. Sempre ovviamente in sinergia con i farmaci che somministravo loro, non in contrasto con essi, come vorrebbe sostenere qualcuno solo perché queste attenzioni alimentari non sono incluse nei protocolli.

Posso inoltre aggiungere i tanti casi di miei pazienti oncologici costretti da anni ad assumere anche farmaci per disfunzioni ipo o ipertiroidiche, dove entrano altrettanto in ballo gli ormoni. Ragionando di testa mia, senza fidarmi di linee guida scritte perlopiù da burocrati, non da oncologi in prima linea, avevo tolto dal loro regime alimentare i prodotti caseari. Il risultato? Identica storia: chi aveva seguito più scrupolosamente il mio suggerimento era addirittura riuscito ad abbandonare i farmaci, mentre quasi tutti ne avevano potuto ridurre di molto l'assunzione, dato che anche i valori tiroidei sballati erano rientrati nella normalità. Stessa storia con pazienti schiavi da anni della pastiglia per tenere sotto controllo la pressione. Così come con altri ancora che avevano potuto diminuire sensibilmente la dose quotidiana di insulina. Sempre eliminando latte e latticini dal regime alimentare.

Qualcuno eccepirà che i miei risultati – che sono concreti, in quanto scritti nero su bianco nelle cartelle cliniche – non sono però confermati da un "riscontro" su pubblicazioni scientifiche. È vero, questo lo riconosco senza alcun problema. Ma tenendo conto che io sono da sola, se mi

occupassi di quello ruberei tempo ai miei pazienti e alle loro cure. I “casi” di cui parlo non sono infatti due o tre, ma ormai centinaia. Devo però dire che a distanza di anni quei pazienti mi ringraziano ancora per averli guariti, senza avermi mai contestato il fatto che ciò che ho suggerito loro non aveva alcun riscontro scientifico. Curioso, vero? Chissà perché ma ai malati, come riscontro, interessa soltanto la guarigione.

Comunque, l’obiezione è legittima e la accetto; in fondo, io sono solo la dottoressa Di Fazio, che può basarsi unicamente sulla propria esperienza e casistica professionale. Allora, parlando di latte, citerò per esempio uno studio condotto dal professor Daniel Kramer e dai suoi collaboratori dell’Università di Harvard e pubblicato nel 1989 sulla prestigiosa rivista *Lancet*. Lo studio ha dimostrato “scientificamente” che quando un consumo eccessivo di latticini supera in quantità la possibilità enzimatica di catabolizzare il galattosio (l’altro zucchero che il nostro organismo scinde dal lattosio), questo “può” accumularsi nel sangue e danneggiare le ovaie femminili. Le virgolette al “può” mi servono a sottolineare ancora una volta il mio mantra, ovvero che nessuno di noi è uguale a un altro, così come non lo sono le malattie che ci colpiscono. Non esiste cioè “il” tumore al seno, ma esistono tanti tumori al seno quante sono le donne che ne sono afflitte. E ciò vale per tutte le altre forme di tumore. Tornando al “può” tra virgolette, lo studio del professor Kramer ha infatti evidenziato come alcune donne presentino, rispetto ad altre, livelli molto bassi degli enzimi di catabolizzazione, facendo sì che il consumo di latticini, in loro, possa arrivare a triplicare (!!!) il rischio di sviluppare un tumore alle ovaie. La domanda è quindi sempre la stessa: vale la pena rischiare?

67. Ci rimane il lattosio, a questo punto. Che cosa ci dice in proposito?

Dico che per gravità di effetti su chi ne è intollerante, questo zucchero è forse l’ultimo dei problemi. Il vero guaio è semmai che il numero degli intolleranti, spesso inconsapevoli, è molto più ampio di quanto non pensiamo. Succede un po’ ciò che succede con il glutine, proprio in conseguenza dell’eccessivo consumo di latticini, diventati per molti sbagliatissimi sostituti dei pasti.

Quanto agli effetti, sono di vario genere, soprattutto digestivi, ma chi ne soffre finisce spesso per attribuirli ad altri alimenti. Oppure smette di bere

latte, avendo sentito parlare del lattosio, ma continua a mangiare formaggi, yogurt, budini e gelati, “rifiutandosi” di collegarli mentalmente alla materia prima dalla quale sono ricavati.

La verità è che la lattasi, cioè l’enzima necessario per digerire il lattosio, scompare in tutti noi a partire in media dai cinque anni di età. Ripeto: in tutti noi, questa è legge di Natura. È vero, per alcuni l’intolleranza è minima, quasi impercettibile, mentre per altri può essere anche molto, ma molto, sgradevole. Va detto che sul “nemico” lattosio l’industria casearia ha dimostrato una straordinaria prontezza di riflessi nel lanciare sul mercato prodotti che ne sono privi; e allo stesso tempo è stata abile nel concentrare l’attenzione dell’opinione pubblica – sviandola da tutto il resto – “soltanto” sul lattosio. Il motivo è semplice: il lattosio è la sola componente negativa del latte che è possibile eliminare in fase di trasformazione. Meditate gente, meditate...

68. Però di buono, nel latte, c’è almeno il calcio, utile a rinforzare le ossa. O ci sbagliamo anche su questo?

Vi sbagliate alla grande, ma non per colpa vostra: anni e anni di disinformazione pilotata in tal senso, con la complicità dei media, ha indotto milioni di italiani a credere a questa panzana. Del resto, le pagine di pubblicità e gli spot possono essere argomenti molto più “convincenti” di quello che può dire in modo disinteressato un’oncologa! Ciò che mi preoccupa è che se ne siano lasciati convincere, senza scomodarsi in approfondimenti, anche tanti colleghi che hanno continuato e continuano a diffondere questa leggenda per inerzia mentale. La verità è che si tratta di un ennesimo luogo comune, per di più totalmente privo di base scientifica. È semmai vero l’esatto contrario.

A chiedermi lumi in merito sono soprattutto le donne entrate in menopausa, per le quali l’osteoporosi è purtroppo una condanna accessoria. Il loro doloroso interrogativo è l’esempio più lampante della diffusa disinformazione sul tema. Se infatti da un lato non esiste una sola prova scientifica che il latte rinforzi le ossa, dall’altro ci sono invece numerosi e autorevoli studi scientifici che dimostrano l’esatto contrario. Studi che però, guarda caso, vengono tenuti nell’ombra. Dimenticati. Cito per esempio i risultati di uno studio di qualche anno fa del professor Walter Willet, capo

della Nutrizione della Scuola di salute pubblica dell'Università di Harvard. “I Paesi con più alte assunzioni di calcio hanno le percentuali più alte di fratture, non le più basse”, è la conclusione di Willet. Aggiungendo che proprio “i più grandi consumatori di latte e formaggi, come norvegesi, svedesi e americani, presentano un'incidenza di fratture di molte volte superiore a quella che si registra in Cina, dove non si beve latte”.

Si tratta di una verità anche tangibile, o meglio visibile, se si ha la buona abitudine di osservare. Lo dico spesso, quando mi capita di parlare in pubblico: “Osservate chi scende dai torpedoni in una qualsiasi città turistica. Nordeuropei e americani, specie se anziani, oltre a essere caratterizzati quasi tutti, uomini e donne, da un pauroso sovrappeso, sono un campionario vivente di deformazioni artrosiche e di crolli vertebrali. Io provo pena vedendoli muoversi a fatica, piegati in due e spesso costretti a usare bastoni o addirittura girelli”. Quando dico questa cosa – di nuovo l'importanza della narrazione! – le persone che ho davanti si guardano a vicenda e annuiscono. Perché è vero. “Bene”, aggiungo, “provate a osservare invece le comitive di loro coetanei giapponesi o cinesi, fortunatamente non ancora consumatori in massa di latticini, e vedrete soltanto anziani snelli e ben dritti sulla schiena”.

A conforto di questa verità citerò anche un'indagine dell'Harvard Nurses Health Study, la prestigiosa scuola infermieristica dell'ateneo bostoniano, che ha seguito per 12 anni 75.000 donne, dimostrando due cose fondamentali: non solo un aumentato consumo di latte e latticini non ha evidenziato alcun effetto protettivo sul rischio di fratture, ma addirittura quell'aumento era associato a un rischio di fratture più elevato. A identici risultati era giunta peraltro anche l'Università svedese di Uppsala, con uno studio pubblicato sul *British Medical Journal*. Studio per il quale erano state seguite per vent'anni quasi 100.000 persone, tra uomini e donne. I risultati, confortati dall'ampiezza dei panel, non lasciano dubbi: non solo non vi era stata alcuna riduzione delle fratture ossee nelle persone di entrambi i sessi che avevano consumato più latte e latticini; ma proprio nelle donne – in particolare nelle donne! – il maggiore uso di quei prodotti era stato collegato a un più elevato numero di fratture. Le cifre non mentono: delle 61.433 donne prese in esame, ben 17.252 avevano subito una frattura ossea (di queste 4.259 all'anca), mentre tra i 45.339 uomini le fratture erano state 5.066, di cui 1.116 all'anca.

69. Fin qui abbiamo capito. Ci sfugge tuttavia “il perché” di questo effetto negativo sulle ossa. Ce lo può spiegare?

Certo, c'è una spiegazione assolutamente scientifica. O meglio, biochimica. Che parte da una premessa: il prodotto dalla mucca e quindi caricato dei suoi ormoni, della caseina e di tutto il resto che non ci fa bene, ha un forte potere acidificante, così come lo zucchero. Di conseguenza, l'abitudine a una quotidiana assunzione di latte e derivati innesca uno stato infiammatorio che il nostro sistema immunitario provvede diligentemente a tamponare. Come? Con un intenso prelievo di osseina (detta anche osteina), cioè di calcio buono. Dove va a prenderla? Lo dice già la parola stessa, “osseina”: lo va infatti a prendere proprio dalle ossa, indebolendole.

Di qui l'osteoporosi, come provato appunto dalle statistiche epidemiologiche e da studi scientifici come quelli appena menzionati. Ce ne sono ovviamente altri, di studi, tenuti bene in ombra, ma tutti concordi nel mettere appunto ai primi posti nella classifica dell'osteoporosi proprio i Paesi che sono da sempre i maggiori consumatori di latte, latticini, gelati, yogurt, cioccolato al latte e formaggi.

Esiste insomma calcio e calcio. Quello buono, che fa per davvero bene alle ossa, lo possiamo assumere soprattutto dalle verdure, in primis a foglia verde. Di solito, anche quando dico questa cosa suscito un iniziale stupore. Che però elimino subito. Basta infatti chiedersi che cosa mangiano le mucche allevate in modo sano – e cioè libere, al pascolo – per produrre latte. Mangiano appunto erba. Non a caso 100 grammi di cicoria, a titolo di esempio, contengono 150 milligrammi di calcio contro i 120 milligrammi dello stesso quantitativo di latte. Con il duplice vantaggio che la cicoria e le altre verdure non ci acidificano né ci infiammano, ma svolgono al contrario il compito virtuoso di alcalinizzarci. Per questo io raccomando sempre ai miei pazienti di non buttare mai l'acqua di cottura delle verdure – ricca com'è di calcio buono – ma di berla a digiuno al mattino se si hanno problemi di osteoporosi; oppure di usarla per cucinare minestre, per cuocere la pasta, o ancora come sano e calcificante brodo vegetale per un risotto al posto di quella robaccia fatta con i dadi. E calcio buono se ne trova anche in legumi come i fagioli, nel pesce azzurro, nelle mandorle e ovviamente nella stessa acqua.

Così, alla “paziente-tipo” in menopausa, sofferente di osteoporosi, che giunge da me in visita oncologica e nella cui MOC (*mineralometria ossea*

computerizzata, l'esame di riferimento per prevenire, diagnosticare e controllare l'evoluzione dell'osteoporosi) leggo risultati allarmanti, non posso non domandare che cosa stia facendo per tamponare la situazione. Dieci volte su dieci la risposta è la stessa: "Certo dottoressa, dove mi seguono per questo problema mi hanno raccomandato di bere latte, mangiare yogurt e soprattutto almeno 50 grammi al giorno di formaggio". Al che ribatto: "E da quando lei segue questi consigli, la sua osteoporosi come va? La MOC è migliorata?". Ovvvia la risposta: "No dottoressa, va sempre peggio ma non riesco a spiegarmi perché".

Certo, il perché l'ho spiegato poco sopra. Fatto sta che qualche mese dopo, quando la "signora tipo" ritorna da me, non solo la MOC è migliorata e i dolori ossei sono diminuiti, se non scomparsi del tutto, ma il suo colesterolo – che per via di quella sciagurata "dieta" casearia aveva raggiunto picchi allarmanti – è rientrato nei ranghi. Voglio aggiungere, come postilla, che la sola idea di consigliare a una persona qualsiasi, ma a maggior ragione a un malato oncologico, il consumo di 50 grammi di formaggio al giorno, e cioè mezzo etto di ormoni, si configura davvero come un suggerimento fuori dal mondo.

Parte 3

LA PREVENZIONE SECONDARIA

*La diagnosi, ossia gli strumenti oggi a nostra disposizione e
ulteriori informazioni necessarie per individuare e battere il
tumore sul tempo*

70. Eccoci a un altro capitolo chiave e a una fase di fondamentale importanza, quella in cui si cerca di individuare un tumore il prima possibile, ricorrendo a esami clinici o strumentali. Da dove cominciamo?

Comincerò rivolgendo ancora un forte appello a tutti, uomini e donne: a ogni segnale strano e soprattutto inedito, non abbiate mai paura a rivolgervi al vostro medico o a uno specialista. Noi che indossiamo il camice bianco possiamo essere più o meno bravi, ma se il paziente collabora, se fa gioco di squadra con noi, è sicuro che la vittoria sull'eventuale insorgenza del male – e la successiva lotta contro di esso – avrà maggiori possibilità. E anche prima. Perché, soprattutto quando si tratta della guerra contro i tumori, il fattore tempo è tutto. È ciò che può fare la differenza.

La raccomandazione è rivolta innanzitutto ai maschi. Con questo non voglio dire che abbiano maggiori probabilità di ammalarsi, ma è un fatto che, per mia esperienza, siano di norma meno scrupolosi e attenti quando si tratta di prevenzione delle malattie. Forse per sdrammatizzare, ma in buona parte è anche perché noto che preferiscono ignorare o ridimensionare i pericoli. Un po' per fatalismo, un po' per scaramanzia. In altre parole, mettere la testa nella sabbia un po' li rassicura. Quando poi la diagnosi viene fatta ed è di malattia, loro sono spesso i pazienti più difficili da gestire: maggiormente fragili e anche più indisciplinati. Le donne, già notevolmente informate e attente nella fase preventiva, si dimostrano pure più stoiche e combattive in fase di cura e terapia. Potrei dire che le donne sono bravi soldati.

71. Il capitolo che iniziamo è estremamente vasto. Da dove possiamo iniziare?

Direi dall'autodiagnosi, cioè dai molti controlli che possiamo fare *de minimis* noi stessi, da soli. Iniziando appunto a conoscere e ad ascoltare il nostro corpo, facendo attenzione ai segnali che può mandarci da “dentro”, come dolori o fastidi, anche se all'apparenza banali. E, allo stesso tempo, tenendo d'occhio avvisi “esteriori” come macchie sulla pelle, eruzioni cutanee o la comparsa di un neo che prima non c'era, così come l'ingrossamento o la variazione nella forma o nel colore di uno preesistente.

Inizio da qui per almeno tre motivi. Il primo è che un neo che sta mutando aspetto può essere il campanello d'allarme di una delle peggiori forme di neoplasia, cioè il melanoma, il tumore della pelle. Dico peggiore in quanto è uno dei più aggressivi, più “cattivi”, più veloci nel diffondersi e, come non bastasse, anche uno dei più “mobili”, in grado cioè di spostarsi rapidamente da un punto all'altro dei nostri organi. Il secondo motivo è che il “gran bastardo”, come lo chiamo io, lo conosco molto bene e molto da vicino, avendo fatto la mia tesi di specializzazione proprio su questa patologia e avendo fatto parte di gruppi di studio in materia. Terzo motivo: il check periodico sulle parti del corpo che possiamo controllare (non dimenticatevi le piante dei piedi e gli spazi tra le dita dei piedi, dove non si guarda mai!) è uno screening possibile e fattibile da tutti. E, se sospettate che qualcosa stia mutando, non date tempo al tempo: correte subito in un centro oncologico specializzato o da un dermatologo di provata esperienza, per essere sicuri che tutto rientri nella norma. Senza vergognarvi in caso di falsi allarmi, perché sono anch'essi un'ottima forma di prevenzione.

72. Tutto ciò vale soprattutto, immaginiamo, per le persone di carnagione chiara?

Ovviamente, perché sono spesso caratterizzate da un maggiore rischio di ammalarsi a causa del loro fototipo più sensibile. A queste persone, uomini e donne, adulti o bambini, raccomando categoricamente un esame di mappatura dei nevi una volta all'anno. Alle mamme lo raccomando a voce ancora più alta: fate fare la mappatura su di voi ma, a maggior ragione, sui vostri bambini. A proposito dei quali ricordo una saggia e preziosa regola delle nostre nonne: in spiaggia, non lasciateli mai esposti a lungo al sole senza la protezione di una maglietta, di un berrettino in testa e di buoni occhiali scuri sugli occhi – esiste infatti anche il “bastardissimo” melanoma

della retina, che non dà sintomi! – soprattutto nelle ore di massimo picco solare.

E usate sempre, anche voi, le protezioni più elevate, fregandovene altamente se non tornerete in città color cioccolato fondente, al pari della vicina di ombrellone. Fregatevene perché mai come in questo caso posso dire che ne va della pelle, nel senso più completo del termine: il melanoma è davvero cattivo. Fregatevene perché – lo ripeterò fino alla noia – siamo tutti diversi l'uno dall'altro. E fregatevene, infine, perché la pelle della vostra eventuale vicina di ombrellone invecchierà con molta, ma molta più rapidità – e peggio – della vostra, ricoprendosi in anticipo di rughe. Ci sono persone dalla pelle naturalmente olivastria e anche molto forte, che si abbronzano subito in modo invidiabile e addirittura ignorando le creme solari. Forse – ma dico forse – è una fortuna loro, ma di certo non sono l'esempio da imitare. E ritorno ai bambini: le scottature vanno scongiurate come la peste adesso, perché gli studi in materia ci dicono, senza possibilità di smentite, come una forte scottatura in età infantile possa favorire in età adulta l'insorgere di un melanoma. Anche a distanza di decenni.

73. Più in generale, che cosa ci dice a proposito dei segnali che possiamo ricevere da “dentro”?

La gamma dei sintomi è infinita, come ho già detto; ma per non farvi perdere tempo a cercare la pagina giusta, vi ricordo ancora una volta quali possono essere i più ricorrenti. Comprendendo segnali magari episodici e proprio per questo pericolosamente sottovalutati. Lo so, qualcuno mi ha già bacchettato dicendo che nei miei libri faccio di tanto in tanto alcune ripetizioni. Vero, ma io tiro dritto e continuo a farle. Volutamente! Non per riempire le pagine o, come dicono i giornalisti, “per allungare il brodo”, ma perché so bene, per esperienza quotidiana, che certi messaggi devono radicarsi nella testa di chi mi legge. Sono informazioni troppo importanti. E non c'è miglior modo che ribadirlvi appena si può.

I sintomi, dicevo: si va dai problemi digestivi al mal di schiena; dall'irregolarità nell'evacuazione – sia essa in forma diarroica episodica, sia all'opposto con una stitichezza cronica – alle ripetute minzioni per gli uomini, specie dopo una certa età, consigliando loro di fare in tal caso un controllo alla prostata. E continuo: i sintomi possono andare da un mal di

gola leggero, ma refrattario ai farmaci, a un'insolita sudorazione notturna del tutto immotivata dalla temperatura esterna; da insistenti borborigmi intestinali all'eruttazione altrettanto ripetuta o alle forme di prurito insistente; dal taglietto sulla lingua o sulle mucose orali che non si rimargina alla cronicizzazione di fenomeni di reflusso gastro-esofageo, disturbo molto frequente e sottovalutato, che viene di norma "curato" nel modo peggiore, cioè con l'assunzione di antiacidi che a lungo andare fanno pure di peggio. E dire che basterebbe provare a non mangiare più soprattutto i prodotti da forno industriali o le brioche del mattino, perché spesso il bruciante e sgradevole reflusso gastrico è originato proprio dal mix tra pessimi grassi saturi, farine ancor peggiori e dalle dosi industriali di zuccheri che quei prodotti contengono. E via elencando, per quel che riguarda i sintomi, dimagrimento, stanchezza cronica, perdite di sangue, mal di testa, difficoltà a deglutire.

74. L'importante è quindi tenere d'occhio tutto, imparando a diventare i primi medici di se stessi?

Esatto. E così, alla prima anomalia o al ripetersi di un determinato sintomo, non si deve mai esitare a rivolgersi al proprio dottore di base o a uno specialista: per acquisire la *conoscenza*, nostra prima medicina salvavita; e ovviamente per trovare insieme con il medico il rimedio alla causa che può nascondersi dietro a quel sintomo.

Visto che ho citato il medico di base, la mia calda raccomandazione, rivolta anche a chi deve ancora doppiare la boa dei cinquant'anni, è di farsi fare – almeno una volta all'anno! – la richiesta per un emocromo completo (incluso il PSA per i maschi, per il controllo della prostata), per un'ecografia addominale e per il test del sangue occulto nelle feci. Alle donne ricordo anche l'eco mammaria, l'eco transvaginale e il Pap Test. Per uomini e donne, gli indispensabili esami di routine annuali devono includere la calcemia e le funzionalità epatica, renale e tiroidea. Ma questi esami essenziali abitatevi a chiederli voi, prima che sia il medico a suggerirveli o la malattia a imporveli.

Per certi soggetti, soprattutto per coloro che nella storia di famiglia presentano episodi ripetuti di determinate forme oncologiche, è consigliabile inserire nell'elenco dei test anche gli specifici marcatori

tumorali, in modo tale da cogliere in tempo utile il loro eventuale “risveglio”. E, per quanto ho spiegato dettagliatamente a proposito dei rischi da acidificazione, aggiungo **per tutti** il valore del pH delle urine, essenziale tanto quanto il test sul sangue occulto nelle feci, essendo entrambi in grado di avvertirci per tempo su eventuali insorgenti e brutte patologie all’apparato digerente. E se il medico nicchia o traccheggia, insistete!

Un altro esame che “pretendo” sempre, scontrandomi spesso con colleghi di manica stretta, è un’ecografia completa dell’addome. Per i fumatori e le fumatrici ritengo poi d’obbligo, in modo categorico e non come semplice suggerimento, una radiografia del torace, soprattutto se in famiglia ci sono già stati casi di tumore al polmone.

75. Tutto qui, dottoressa?

No, non è tutto, dato che esistono tante altre raccomandabili verifiche periodiche e screening con cadenza diversa da quella annuale che ci possono aiutare a identificare per tempo eventuali forme tumorali *in nuce*, cioè all’inizio. Verifiche che valgono per entrambi i sessi e altre specifiche per i maschi, oppure per le femmine. Alle donne ribadisco l’importanza della già ricordata autopalpazione. Le linee guida del Servizio Sanitario Nazionale la raccomandano dopo i 30 anni ma, dalla mia recente casistica, a fronte del drastico abbassamento dell’età delle pazienti affette da tumore al seno, ritengo doveroso abbassare quella soglia che mi sembra ahimè ben poco aggiornata. Io consiglierei di iniziare a farla molto prima, almeno a partire dai vent’anni; anche se, come ho detto in precedenza, trattandosi di un esame indolore e non invasivo, suggerirei alle madri di insegnarla alle figlie già dall’adolescenza.

La mammografia è senz’altro un esame importante ma oggettivamente poco gradito alle donne, sia per il fastidio/dolore fisico che procura lo schiacciamento del seno – non esente per di più da potenziali pericoli – sia perché prevede comunque il ricorso a radiazioni. Le linee guida la raccomandano una volta ogni due anni dopo il compimento dei cinquant’anni ma, sempre tenendo conto di quel progressivo abbassamento dell’età di ingresso in questa malattia, considero pure queste linee guida poco aggiornate. Io suggerirei di rivederle al più presto.

Trovo poi assurdo che, a fronte di un allungamento della vita media, il diritto di sottoporsi allo screening gratuito finisca con il compimento del 69° anno di età. Una mia paziente, una splendida e iperattiva nonna ottantenne, “colonna” portante della sua famiglia, non finisce ancora di ringraziarmi per averle prescritto un’ecografia mammaria – a spese sue, purtroppo – grazie alla quale ha potuto scoprire di avere un inizio di tumore al seno, subito operato e superato con successo. Quindi mi chiedo: a partire dal 70° anno d’età sarebbe forse scongiurata per decreto la possibilità di ammalarci? O questo limite è stato posto perché si ritiene che un settantenne abbia vissuto già abbastanza? Assurdo.

Per non essere fraintesa, invito tutte le donne a usufruire delle campagne di screening gratuito, ma da addetta ai lavori che vede ogni giorno i risultati di questo, così come di tutti gli altri esami di diagnosi oncologica, devo anche ricordare, per completezza dell’informazione, quali sono i limiti della mammografia: la sua capacità di “giocare d’anticipo” non è infatti decisamente il massimo, dato che non “vede” determinati tumori. Il problema sta in una considerazione tecnica, e quindi oggettiva: la maggior parte dei tumori al seno è di tipo epiteliale e il tessuto epiteliale è “radio-trasparente”, nel senso che la radiologia non riesce a “vederlo”. Quindi la mammografia è in grado di “fotografare” soltanto i danni di alcuni tipi di tumore, come deformazioni o calcificazioni. L’ecografia vede invece i tessuti molli, i noduli e i linfonodi, proprio quelli che a volte sfuggono alla mammografia e che spesso risultano fin troppo “evidenti” soltanto in sede di visita.

76. Questa insufficiente capacità di “vedere” in anticipo riguarda solo la mammografia?

Purtroppo, no. Pur se il progresso tecnologico avanza di anno in anno, non tutti gli attuali esami strumentali riescono a vedere tumori sotto il centimetro di diametro. E questo è un elemento estremamente importante in considerazione del cosiddetto “fattore tempo”, tenuto conto che il tempo impiegato da un tumore per diventare del diametro di un centimetro (pari a un miliardo di cellule malate!) va in media dai 2 ai 15 anni, a seconda ovviamente dell’aggressività della malattia. Aggressività che comunque dipende sempre – ripeto anche questo! – dallo stile di vita, cioè da fumo,

alcol, alimentazione sbagliata, assenza di attività fisica eccetera. Più lo stile di vita sarà caratterizzato da uno o più di questi errori, in pessima combinazione tra loro, più noi daremo al tumore l'opportunità di svilupparsi con maggiore velocità.

Aggiungo, per maggiore chiarezza e per non nascondere nulla, che esiste un periodo cosiddetto “muto”, durante il quale non è cioè possibile fare diagnosi. Questo fa sì che in alcuni casi la malattia venga scoperta quando rimane ben poco da fare per aggredirla e curarla. Tale fase “pre-clinica” può essere anche di 9 anni per un tumore al seno e di 14 anni per uno al pancreas. Ma può essere anche di sole poche settimane (!!!) se ci troviamo per esempio di fronte a un tumore G3 e con un ki-67:90% (il ki-67 è l'indice di proliferazione di un tumore, qui al 90%). Un caso così terribile e raro l'ho visto qualche mese fa – per la prima volta nella mia carriera! – su una paziente di appena 40 anni. Il 90% sta appunto a indicare la velocità replicativa delle cellule: di fatto voleva dire che se un giorno la cellula malata era una sola, il giorno dopo erano già quasi due.

77. Che cosa è possibile fare d'altro per giocare più d'anticipo? Tecniche di diagnosi per davvero precoce non ne esistono?

Diciamo che, al momento, non esiste un esame in grado di prevedere tempestivamente – al 100% – l'insorgenza di un tumore. Ci sono però molte indagini avanzate e validissime; e la buona cosa è che la tecnica evolutiva dei macchinari non ha sosta. A oggi, l'esame più anticipatore, per tutti i tipi di tumori solidi, rimane senza alcun dubbio la PET (*Positron Emission Tomography*), una diagnostica per immagini che consente di individuare i tumori con grande anticipo, nonché di valutarne la dimensione e la localizzazione. Se infatti la TAC, la *tomografia assiale computerizzata*, mi può dire che sono di fronte a una formazione di 2 centimetri (per esempio al polmone o al fegato) ma senza sapermi dettagliare che cos'è, la PET è invece in grado di dirmi con certezza che io e il paziente dovremo combattere contro un tumore/metastasi di 2 centimetri! Questo fa la differenza, soprattutto tenendo conto che a oggi la PET può individuare tumori già dai 5 millimetri in su. Un discreto anticipo, ma ancora non sufficiente sul fronte di una autentica prevenzione.

La PET si basa comunque sull'infusione in vena di uno zucchero radio-marcato che, una volta entrato in circolo, emette particelle chiamate *positroni*. Dopo la somministrazione per via endovenosa, il radio-farmaco si distribuisce in tutto il corpo permettendo di ottenere immagini diagnostiche che vanno poi interpretate dagli specialisti e dagli oncologi. Comunque, per usare una terminologia comprensibile a tutti, dove sul video vedo accendersi luci di diverso colore, significa che purtroppo lì c'è già una metastasi. L'apparecchio mi sta indicando, senza possibilità di errore, che in quel preciso punto (o in quei punti) le cellule tumorali stanno "banchettando" proprio con il loro cibo preferito: appunto, il maledetto zucchero! La PET mi segnala, insomma, che ciò che sto vedendo è una metastasi, non solo una generica "formazione", come mi può dire la TAC.

Chiaro, no? Capite adesso quale inscindibile nesso ci sia con le mie raccomandazioni alimentari e con la mia caparbia nel chiamare gli zuccheri – e ribadisco, **tutti gli zuccheri, fruttosio incluso!** – con il loro nome, e cioè come "veleni", in primo luogo per i pazienti oncologici? Non a caso, nella mia narrazione, questa è la spiegazione che do ai più restii nel voler comprendere e nell'accettare il divieto ad assumere cibi dolci. Di fronte alla mia argomentazione, invece, ammutoliscono, scuotono il capo e mi dicono: "Grazie dottoressa, finalmente adesso abbiamo capito".

Parlando di esami e di apparecchiature all'avanguardia, mi corre l'obbligo di ricordare la DWB, o *Diffusion Whole Body*, battezzata "La Scatola Magica" dallo scomparso professor Umberto Veronesi. Parlo di una macchina che, a oggi, rappresenta molto probabilmente lo strumento di diagnosi più avanzato a disposizione di noi oncologi. Una sua prima particolarità è di essere una macchina che, se ancora non riesce a vedere "tutto", è comunque in grado di individuare ciò che finora sfugge alle altre tecnologie più conosciute e utilizzate. L'altro punto di forza è che riesce a "scrutare" il corpo intero in una sola seduta. Infine, cosa altrettanto importante, non impiega radiazioni o mezzi di contrasto, caratteristica che me la fa apprezzare molto; e infatti la richiedo in determinati casi anche per i miei pazienti. Il solo "difetto" è che di queste macchine in Italia, al momento, a quanto mi risulta ce ne sono purtroppo operative soltanto due: una all'Istituto Europeo dei Tumori (IEO) di Milano e l'altra a Bergamo.

78. Tornando in particolare al tumore al seno, quali esami tempestivi esistono?

Mi sembra giusto dedicare un'attenzione particolare al tumore al seno. Sia perché, come ho detto, la sua incidenza è molto elevata, sia perché continua a diffondersi di pari passo con il già ricordato abbassamento dell'età di ingresso nella malattia. Un ottimo esame, in questi casi, è senz'altro la *risonanza magnetica* (RMN) con mezzo di contrasto, che ha come punto di forza proprio la capacità di vedere il tessuto epiteliale, dote che la mammografia invece non possiede. Presenta purtroppo altri limiti, insiti nei "tagli" di immagine che ci dà. Usando un termine fotografico, potrei dire dati proprio dalle sue "inquadrature". Perché fino a quando il progresso non migliorerà ulteriormente tali macchine, esse non saranno in grado di cogliere una parte dei tessuti del seno, caratterizzati da forme tondeggianti e non diritte. La conseguenza è che eventuali formazioni millimetriche rischiano di sfuggire all'RMN. In più, e questo è a mio avviso il limite più rilevante, non individua i focolai di micro-calcificazione.

Nemmeno l'*ecografia* classica può rivelarsi sempre utile per una diagnosi precoce, sia perché non si adatta alla struttura del seno sia perché non vi si adattano le sonde usate. E allora? Allora, per fortuna delle donne, esiste una tecnica che non esito a definire rivoluzionaria per i risultati che può dare già oggi, essendo capace di "vedere" formazioni molto piccole, anche di soli 3 millimetri. L'ideale sarebbe il millimetro, in considerazione del fatto che le metastasi si producono prima che il tumore originario abbia raggiunto appunto il millimetro di diametro.

Questo straordinario esame strumentale si chiama *ecografia duttoradiale* (o anche *duttulo-radiale*) ed è una particolare modalità di ecografia – quindi indolore, non invasiva e del tutto priva di radiazioni – ma che necessita di due cose: ovviamente di un hardware, cioè di una particolare macchina ecografica dotata di una sonda altrettanto particolare; ma soprattutto di un "software umano", cioè di chi la sappia usare.

Oltre alla capacità di individuare formazioni millimetriche, questa tecnica inventata dal ginecologo parigino Michel Teboul offre un altro enorme vantaggio competitivo: nell'immagine a video, ci dà la completa e perfetta anatomia del seno, ossia lobo per lobo. E non soltanto, ma anche i lobuli e i dotti galattofori. La sola nota negativa è che in Italia sono ahimè troppo pochi gli specialisti che la praticano. Non ho la mappatura completa

ma, da quello che sento dire, i centri e gli studi professionali italiani dove viene fatta sono al massimo quanto le dita di una mano o poco più.

Uno dei maestri indiscussi di questa tecnica è ancora un francese, il dottor Dominique Amy di Aix-en-Provence; ma a conferma della sua validità, a utilizzarla sono luminari del tumore al seno come l'americano Thomas Stavros, a San Antonio (Texas), considerato la massima autorità mondiale in materia di indagine mammaria; o il giapponese Ei Ueno, direttore della International Breast Clinic di Tsukuba. Al di là di questi nomi di inconfutabile statura, l'ecografia duttoradiale è comunque diffusa e normalmente applicata in diversi altri Paesi in Europa e nel resto del mondo. C'è davvero da chiedersi il perché del "vuoto" italiano.

Il problema principale – mi dice uno degli specialisti connazionali con il quale ho il privilegio di collaborare ormai da anni, il dottor Giancarlo Dolfìn, ginecologo e oncologo torinese, nonché presidente degli ecografisti europei – sta nella formazione. Prima ancora, aggiungerei io, nell'informazione; dal momento che, inspiegabilmente, di questa tecnica diagnostica in Italia non si sente quasi mai parlare sui media.

Colgo quindi l'occasione per suggerire ai giovani intenzionati a specializzarsi nelle tecniche ecografiche di informarsi in merito e di andare a cercare magari all'estero la possibilità di studiarla. Da oncologa, posso dire che quando ho potuto seguire per la prima volta in diretta il lavoro del dottor Dolfìn e le prestazioni di questo strumento, sono rimasta letteralmente a bocca aperta. Davvero emozionata. Mettendola a confronto con la mammografia, non c'è davvero gara: è come avere tra le mani una Ferrari e gareggiare contro un Suv con il motore Diesel.

79. Sappiamo che nel Servizio di Oncologia integrata che dirige a San Marino lei utilizza di routine altri due esami diagnostici estremamente utili in oncologia, eppure del tutto sconosciuti in Italia. Ce ne vuole parlare?

Molto volentieri, dato che si tratta di altre due straordinarie "armi" a disposizione di un oncologo; e lo sarebbero di fatto per qualsiasi specialista, così come per i medici di base, per gli ospedali e per i centri di analisi. Purtroppo, è vero: se l'ecografia duttoradiale è da noi ancora così poco nota, questi due esami sono invece quasi del tutto sconosciuti. Sinceramente

e amaramente non me ne so dare una ragione. I due esami si chiamano rispettivamente *Bilancio CEIA* e *Cancerometria di Vernes* (per brevità, nella spiegazione a seguire li citerò più brevemente come CEIA e Vernes).

Io stessa posso dire che nei miei 22 anni trascorsi in ospedali milanesi, pur se di primo livello, non mi era mai nemmeno capitato di sentirli nominare. Li ho scoperti appunto per la prima volta nel 2015, spostandomi per lavoro al Centro SH di San Marino. Tengo a dire che anche la scoperta di questi due esami la devo al professor Philippe Lagarde, il quale, oltre al suo metodo chemioterapico, mi ha lasciato “in eredità” un’inesauribile miniera di conoscenze; così tante che nell’iniziale periodo di affiancamento, già soltanto osservandolo visitare, più di una volta mi ero ritrovata a pensare che avrei dovuto reimparare daccapo a fare il medico. E l’oncologa in particolare. Perché non si può mai smettere di imparare, dal momento che all’università ci insegnano Medicina, ma non a fare il medico, Arte che puoi imparare solo lavorando e studiando. Tutti i giorni, fino al giorno in cui smetti.

Scusate la parentesi personale, ma era doverosa. Venendo a questi due esami, consistono entrambi in un normalissimo prelievo sanguigno e hanno costi davvero contenuti, se rapportati alla straordinaria mole di informazioni che sono in grado di darci.

Parto dal CEIA, i cui risultati mi ritornano via e-mail dall’Istituto di Bruxelles che lo elabora sotto forma di un’immagine grafica che sta poi a me leggere e interpretare. Non è cosa da poco né in termini di tempo né di impegno – in media ogni singolo test mi richiede dai 45 ai 60 minuti – dato che prima di poter padroneggiare questo esame è necessario studiare molto e bisogna tenere conto di una sessantina di parametri, visualizzati sotto forma di barre e di punti colorati. Ma ne vale davvero la pena. Quel grafico, infatti, mi fornisce la fedelissima “fotografia” dello stato globale del paziente, in tutte le sue patologie, nessuna esclusa. Compresi eventuali disturbi neuro-psicologici.

Inoltre, e per un oncologo è qualcosa di davvero unico, mi dà anche un dettagliato quadro predittivo, talmente preciso che molte grandi compagnie assicuratrici americane addirittura lo pretendono prima di dare l’ok a una polizza sulla vita. Non a caso viene regolarmente utilizzato da più di tremila colleghi nei principali centri medici di tutto il mondo. Potrei dire, a titolo di esempio, che tra i suoi più convinti e assidui utilizzatori c’è anche il

professor Luc Montagnier, Premio Nobel per la Medicina come scopritore del virus dell'HIV.

Come funziona il CEIA? Subito dopo il prelievo, il campione ematico viene subito inviato con corriere espresso al Centre Européen d'Informatique et d'Automation (CEIA, appunto) dove viene sottoposto a una sofisticata elaborazione strumentale che, utilizzando la *proteomica*, analizza le proteine del siero del sangue interpretandone la struttura e il movimento vibratorio. Il proteoma racchiude il nostro passato, il nostro presente e il nostro futuro. Ne rappresenta la “memoria” e quindi è utilissimo come check-up totale per tutti, non solo per i malati oncologici. Le informazioni così ottenute, unite ovviamente alle risultanze della visita e alla sua esperienza clinica, aiutano poi il medico a decidere quale sarà per ogni paziente la terapia migliore da seguire, sia sotto il profilo farmacologico sia alimentare, comprendendo anche il ricorso a eventuali integratori naturali. Nei casi più gravi, io lo faccio rifare di tre mesi in tre mesi; ciò mi consente di verificare, in base a come il primo grafico via via si modifica e si “regolarizza” – rientrando entro i giusti range – l'efficacia della terapia in corso. Lo posso dire senza esitazioni: in 25 anni di professione medica non ho mai visto nulla di più perfetto. Il CEIA mi dice lo stato dell'arte di ogni aspetto di un organismo, da quello epatico a quello cardiovascolare, dalla sclerosi tissutale alle anomalie ghiandolari, dagli aspetti psicosomatici alla condizione immunitaria e via così. Mi dice davvero tutto.

80. Suona davvero come qualcosa di straordinario... Ma a che cosa serve e come funziona invece il Vernes?

Anche per il Vernes si parte da un semplice prelievo ematico che viene mandato invece alla centrale di analisi presso l'Istituto Lauriston di Parigi. Mentre il CEIA è un ottimo strumento di screening anche per pazienti non oncologici, ma che magari vogliono soltanto conoscere a fondo il loro attuale stato di salute (e/o malattia) per capire quali sono e quali potranno essere i problemi futuri, il Vernes è più specifico per monitorare i pazienti affetti da tumore, soprattutto quando il tipo di tumore o cancro non “marca”, cioè quando i tradizionali *markers* usati in oncologia per “misurare” l'aggressività della malattia si rivelano inutili. Nel senso che

non danno risposta. Succede, per esempio, per i cosiddetti tumori *Triple Negative*, in cui le cellule malate sono così indifferenziate, ossia diverse da quelle del tessuto originario, da render inutili i marcatori.

Più in generale, per dare un'idea dell'attendibilità del Vernes posso dire che mentre i *markers* tradizionali – che uso ovviamente anch'io, come per esempio il CEA, il Ca15-3 (seno), il Ca125 (ovaio) e il Ca19-9 (apparato digerente) – hanno un'attendibilità che si assesta sul 50%, quella del Vernes è di almeno il 70%, pari quindi a quella del più “sincero” di tutti i *markers* a oggi disponibili, quello del PSA (prostata). I soli tumori nei quali si allinea invece sulla media degli altri marcatori – 40%/50% – sono quelli ormonosensibili.

È inoltre utilissimo con pazienti che devono intraprendere o hanno terminato un trattamento chemioterapico. Non è fantascienza e tantomeno medicina “alternativa”. Il Vernes utilizza unicamente l'incrocio di diversi quanto tradizionalissimi parametri biologici. Altro suo punto di forza: fornisce indicazioni precise sullo stato del sistema immunitario, che potrebbe essere tanto deficitario quanto l'opposto, nel senso che potrebbe presentare una pericolosa iperattività. Questo succede spesso nei malati di tumore, che erroneamente vengono considerati a priori in deficit immunitario. Presunzione spesso del tutto sbagliata e quindi potenzialmente pericolosa; perché andare a sollecitare un sistema immunitario iperattivo, nella presunzione che sia depresso, potrebbe portare al malato ulteriori e seri pericoli. Aggiungo che l'esame fornisce anche utilissime informazioni sulla funzionalità epatica. Lo trovo insuperabile nel sapermi indicare dopo un trattamento chemioterapico se il tumore è controllato oppure no e, quindi, se è davvero il caso di mandare il paziente ai soli controlli o se bisogna continuare con la terapia.

La cosa più sbalorditiva, dacché ho il privilegio di poter utilizzare questi due esami, è che pur non essendoci alcun nesso societario, scientifico, tecnologico o tantomeno di scambio di dati tra i due centri che li elaborano, quando faccio fare entrambi i test per uno stesso paziente, la lettura incrociata dei risultati è sempre di una perfetta e incredibile coincidenza. L'uno mi conferma in modo speculare l'altro. E viceversa.

81. Scusi la domanda forse ingenua, dottoressa: ma perché, se questi esami sono così attendibili e scientifici da essere utilizzati in tutto il

mondo – per di più a un costo del tutto competitivo – da noi rimangono sconosciuti e non utilizzati?

Bella domanda! Mi piacerebbe poter rispondere, purtroppo non spetta a me farlo. Sono scelte che non dipendono mai da chi fa “soltanto” il medico sul campo. Io posso soltanto dare informazioni come quelle appena elencate. Al massimo potrei suggerire, a chi di dovere: “Ehi, signori, guardate che là fuori, nel mondo, c’è dell’altro: succedono e si fanno queste cose e altre ancora. Svegliatevi! Datevi una mossa!”. La domanda va insomma girata a chi dirige la Sanità e di conseguenza alla politica. Certo, so bene che prima di riuscire a fare innovazioni e ad apportare cambiamenti, il settore pubblico si prende sempre il suo tempo. Mi permetto però di dare una bella “svegliata” almeno agli attori del settore privato, per esempio case di cura, ospedali e i tanti centri di esami clinici disseminati in tutto il Paese. Per non parlare delle compagnie di assicurazione o delle varie casse mutue professionali. Che aprano una buona volta gli occhi almeno loro, vivaddio! Che si guardino in giro, che si informino, che studino, che prendano su il telefono e chiamino i due istituti a Parigi e a Bruxelles per avere informazioni. Che facciano, insomma, il loro lavoro fino in fondo, una buona volta!

Aggiungo un’altra cosa, che forse può servire a capire questa “cecità”. E lo dico con profondo dolore e tanta rabbia. A volte, in prima visita, scorrendo i ponderosi dossier raccolti via via dai malati nei loro sofferenti peregrinare, scopro che alcuni di essi si erano lasciati convincere a sottoporsi a certi esami predittivi divenuti da un po’ di tempo a questa parte molto in voga. Molto “in”. Peccato però che non servano di fatto quasi a nulla, nel senso che almeno a me, come oncologa, forniscono informazioni del tutto marginali e, in ultima analisi, inutili. Ma la cosa più spiacevole è che, a fronte di questa loro superflua “vaghezza”, arrivino a costare al povero paziente anche 3.000 euro, ovviamente non rimborsabili dal Sistema Sanitario, ma pagati di tasca propria dal malato. Insomma, mentre in Italia risultano di fatto sconosciuti due test assolutamente perfetti come il CEIA e il Vernes, del costo di circa 250 euro il primo (comprensivi di kit, spedizione con corriere espresso e “lettura/interpretazione” da parte del medico) e di poco più di 100 euro il secondo, curiosamente quegli altri superflui e costosissimi esami sono invece ben noti. Diciamo che viene da pensare.

Parte 4

LE TERAPIE

Dalla chirurgia alla chemioterapia, dalla radioterapia all'immunoterapia, dai vaccini oncologici ai farmaci antiormonali, dalla Target Therapy al grande pianeta dell'Oncologia integrata

82. Quali sono le principali armi oggi disponibili per combattere il tumore? Ce le può descrivere, spiegandocene le diverse caratteristiche, i rispettivi punti di forza e i limiti, nonché i loro effetti collaterali?

Comincio con l'elencare le più note e utilizzate, che poi descriverò più nel dettaglio. Sono la *chirurgia*, la *radioterapia* (di tipo adiuvante o per malattia avanzata), la *chemioterapia* (può essere a sua volta neo-adiuvante, adiuvante o ancora di 1^a, 2^a o 3^a linea e via elencando), la *terapia antiormonale* e le *terapie biologiche*, dette anche *Target Therapies*, con l'utilizzo di anticorpi monoclonali inibitori dei fattori di crescita (come, per esempio, i VEGF) e dei loro recettori. E infine l'*immunoterapia* (di soppressione o di attivazione), comprendendo in essa anche i *vaccini oncologici*.

Esiste poi un lungo elenco di *terapie integrate*. Qualcuno, senza nemmeno conoscerne le potenzialità, ma solo per sminuirne il valore, preferisce definirle "alternative". Non si tratta di terapie risolutive, nel senso che da sole molto difficilmente potrebbero guarire un tumore, salvo interventi e "aiuti" che possono arrivare soltanto dall'Alto. Ma per esperienza posso affermare che ANCHE le terapie integrate sono essenziali in quanto **sinergiche**: sia per far "lavorare" meglio le terapie tradizionali sia per farle tollerare ai pazienti, riducendone i tradizionali e sgradevoli effetti collaterali. Penso che in campo medico – e oncologico in particolare – la congiunzione ANCHE sia oggi quanto mai fondamentale, perché per fare stare meglio e per poter guarire un paziente devono essere utilizzate tutte le possibili armi, nessuna esclusa. Allo stesso modo vanno percorse tutte le strade. Proprio per questo parlerò "anche" delle terapie integrate, che peraltro conosco piuttosto bene, dal momento che vengono usate quotidianamente proprio nel Servizio di Oncologia che dirigo a San Marino; un servizio che non a caso ho voluto ribattezzare "di Oncologia

integrata” in considerazione di ciò che riesco ad affiancare alla chemioterapia. Aggiungo un’ultima cosa, di ordine generale: nemmeno le terapie tradizionali, senza le doverose integrazioni, sono in grado di assicurare da sole una totale guarigione. Vi spiegherò anche questo.

83. Iniziamo dalla *chirurgia*?

Qualcuno ha detto che, quando si è costretti a ricorrere alla chirurgia, significa che la Medicina ha fallito. Non è un’affermazione dalla validità assoluta, dal momento che un infortunio, una frattura traumatica o una ferita non possono essere logicamente attribuite a un insuccesso della Medicina, avvengono e basta. Penso però che un’ammissione di colpa la Medicina dovrebbe iniziare a farla. Nel senso che la chirurgia – e grazie a Dio che c’è! – viene chiamata troppo spesso a porre rimedio a mancanze attribuibili alla Medicina in senso lato: sia per mancata prevenzione sia per porre rimedio a errori diagnostici e terapeutici. La chirurgia, insomma, è spesso l’*extrema ratio* in situazioni disperate che forse si potevano evitare facendo di più prima. Ma facendolo soprattutto meglio e in modo diverso. Proprio perché ne sono fortemente convinta, dirò che “un oncologo deve avere per prima cosa un bravo chirurgo per amico”. Un collega nel quale poter riporre assoluta fiducia. Ovviamente fiducia reciproca, come in qualsiasi lavoro di squadra.

In campo oncologico i compiti ai quali è chiamato un chirurgo possono essere infatti tanti. Per esempio, l’esecuzione a regola d’arte di una exeresi chirurgica, come l’asportazione di una lesione della cute dovuta a un melanoma, che va fatta dapprima in modo deciso e mirato da parte di un chirurgo esperto, eseguendo poi anche un’ampia “radicalizzazione”, senza lasciare nulla che possa spargere quel “contagio” ai tessuti sani; e, in base allo spessore, anche con la rimozione del linfonodo sentinella, per poterlo poi esaminare. Ma può trattarsi pure dell’exeresi di un intero organo, di una neoplasia o di una formazione patologica.

O ancora, la chirurgia è spesso irrinunciabile nella cura dei tumori alla mammella, altro campo di elezione in ambito oncologico, soprattutto in considerazione dell’attuale alta incidenza di questa neoplasia e dell’età media d’esordio sempre più anticipata. Anzi, ne approfitto per dire che il tumore al seno è proprio uno di quelli che – quando è possibile – io tendo

SEMPRE a portare all'intervento chirurgico. Anche in presenza metastasi! Lo dico pur sapendo che molti miei colleghi oncologi, leggendomi, staranno già gridando: "Scandalo, scandalo, crocifiggetela!".

Mi spiego facendo riferimento al caso concreto di una paziente affetta da tumore al seno, con metastasi ossee e polmonari che non sono né molte, né grandi e senza sintomi. In casi così, può succedere che non la operino. Per me questo tipo di tumore al seno va invece tolto dopo una chemio che abbia ridotto il numero delle metastasi e dei linfonodi, nonché il volume del tumore stesso. Perché non c'è mai certezza del domani, mentre sei purtroppo sempre sicuro dell'oggi. Se infatti il tumore al seno dovesse decidere di accrescersi, inevitabilmente si ulcererà, sanguinerà, si infetterà, puzzerà e renderà non più "umana" la vita di quella povera donna. E io negli anni ne ho viste purtroppo tante di pazienti ridotte così e ho giurato a me stessa di non vederne mai più in un simile stato, per mio senso di umanità e per rispetto del loro decoro. Nell'anno 2018, tutto ciò non può esistere!

Già che ci sono, aggiungo altre mie regole: quando si scopre un cancro all'ovaio destro, si deve togliere anche il sinistro! E se sono coinvolti sia il destro sia il sinistro, va tolto anche l'utero, perché è purtroppo inutile il salvataggio di un organo quando invece la tua prima missione è salvare la vita alla paziente. A maggior ragione se ha una certa età e dei figli!

Possono esserci altri casi particolarmente difficili nei quali l'oncologo deve chiamare in aiuto il suo amico chirurgo. Faccio l'esempio di un tumore al colon con qualche metastasi al fegato che, come nell'esempio di prima, non dà sintomi. Se il tumore originario è ancora lì, io oncologo devo avere ben chiare in mente tutte le possibili conseguenze, da un blocco intestinale a un cosiddetto "addome acuto". In un caso del genere bisogna operare il più presto possibile, dal momento che i tumori non aspettano mai e hanno quasi sempre una maledetta fretta. Rimandando quindi la chemioterapia a dopo l'intervento. È appunto in momenti come questo che deve scattare il lavoro di squadra al quale accennavo.

Ci sono poi tumori particolarmente invasivi, sui quali, prima di ricorrere alla chirurgia, preferisco intervenire per ridurre la dimensione e l'aggressività con due o tre sessioni di chemio neo-adiuvante (spiegherò più avanti che cos'è); soltanto dopo aver ottenuto questo risultato potrò affidare il paziente all'amico chirurgo. Per almeno due buoni motivi. Il primo è ridurre al minimo le ore di anestesia e di conseguenza, in proporzione, i

danni al sistema immunitario, spesso già debilitato dalla malattia; perché da certi interventi di eccessiva durata il nostro “scudo” di difesa potrebbe subire una micidiale e ulteriore “mazzata”. Il secondo motivo? Contenere anche lo stress post-chirurgico, sia esso fisico o psichico, aspetti dei quali ci si dimentica troppo spesso. Soltanto così, una volta rimosso il problema in sala operatoria, ma con un paziente non provato da un intervento demolitivo di durata chilometrica, potrò prevedere altre tre o quattro sessioni chemioterapiche di consolidamento e di “pulizia”, per essere cioè il più possibile sicura di aver debellato il maggior numero di cellule malate in circolazione.

Infatti, quando si parla di tumori, nemmeno la chirurgia – da sola – può essere risolutiva in modo definitivo. Un bravo chirurgo avrà fatto senz’altro il suo dovere, ma poi “la palla” deve necessariamente ritornare all’oncologo. Mi spiego meglio: l’aver tolto materialmente il tumore non significa mai averne eliminata al 100% la pericolosità. Adagiarsi su questa illusione può rivelarsi molto, ma molto pericoloso. Così come lo sarà illudere il paziente della medesima cosa. L’esperienza mi ha insegnato a non fidarmi mai delle cellule malate. Perché nonostante la chirurgia – ma inevitabilmente “anche” a causa di essa – un po’ di “stramaledette” rimangono in circolazione nel flusso sanguigno e linfatico.

E chiarisco il mio “anche”. Non è scarsa considerazione della chirurgia, ci mancherebbe, ma solo corretta conoscenza dei suoi limiti oggettivi. Ogni intervento, infatti, è comunque una “ferita” aperta, che quindi ha sanguinato. E non possiamo mai sapere che strada abbiano preso, per via ematica, le cellule superstiti. A volte si spostano, andando a fare danni altrove; altre sembrano essere cadute in letargo, ma si rivelano poi capaci di risvegliarsi addirittura qualche decennio più tardi. Perciò, pure dopo un intervento chirurgico, è quasi sempre necessario proseguire ancora per un po’ con la chemioterapia, affiancandola se necessario a una successiva fase di radioterapia. E comunque sempre – e urlo forte: sempre! – con l’adozione da parte del paziente di uno stile di vita corretto che non dia spazio alle “stramaledette”. Che soprattutto non le nutra, bensì le affami.

Proprio per questo è per me essenziale l’arma “integrata” di un regime alimentare corretto e stilato *ad personam*. Nei miei protocolli terapeutici personalizzati il regime alimentare è *conditio sine qua non*; e deve cominciare già subito dopo la prima visita, proprio per fare arrivare il malato in condizioni migliori già alla prima seduta di chemioterapia. Dopo

aver eliminato certi alimenti, ho visto e continuo a vedere infatti risultati sbalorditivi nel giro di due sole settimane, con marcatori tumorali in discesa o masse neoplastiche (perfino nei sarcomi!) diminuite di volume. Con un'alimentazione corretta e qualche buon integratore naturale, è per davvero un risultato facilmente ottenibile.

Quindi lo dico qui e lo dirò sempre e dovunque, in qualsiasi sede: nessun oncologo dovrebbe permettersi di dire a un suo paziente “Mangi pure ciò che vuole”, frase che invece so essere detta troppo spesso. Per lo stesso motivo – anzi a maggior ragione! – la medesima frase io non la dirò nemmeno a un mio “ex paziente” oncologico. Anche quando, basandomi sui risultati degli esami strumentali (come una PET o una risonanza) e sui marcatori rientrati nella norma, sulla carta risulterebbe essere guarito. Non posso dire quella frase scellerata perché **è proprio a partire dal momento in cui leggerà la parola “guarito” che il paziente dovrà rigare dritto, anche più di prima, ma soprattutto “per sempre”**. Non posso illuderlo di poter tornare a vivere come faceva prima, proprio perché era stato il “come faceva prima” a farlo ammalare. Questa dev'essere una regola fondamentale perché il peggiore degli incubi – la recidiva – è sempre in agguato. È l'incubo del paziente, ma lo è altrettanto per me. La recidiva va scongiurata non solo perché significa stress psichico, depressione e altre pesanti terapie, ma perché renderà più difficile individuare nuove e più efficaci cure.

84. Vogliamo parlare della radioterapia?

Se ho detto che il chirurgo dev'essere il migliore amico di ogni oncologo, posso aggiungere che il radioterapista è forse il suo primo cugino. La radioterapia può essere usata infatti in diverse fasi della malattia. Può agire, per esempio, in aiuto alla fase chirurgica. Mettiamo il caso di un tumore al seno in cui si può procedere a un intervento conservativo senza dover togliere tutto, ma limitandoci a una quadrantectomia. In una circostanza del genere bisogna sterilizzare il cosiddetto “letto” operatorio, la zona circostante il seno e le “stazioni linfonodali”, per fare sì che tutti gli eventuali microfocolai di cellule tumorali vengano debellati. Oppure la radioterapia può essere utilizzata su un paziente metastatico e sintomatico, intervenendo sulle lesioni ossee, “saldandole” in modo da lenirgli il dolore

(radioterapia palliativa/antalgica). La radioterapia – altro esempio ancora – può essere utilizzata per aiutare una colonna dorsale malandata, in presenza di metastasi ossee piuttosto importanti che facciano rischiare il crollo vertebrale. Grazie ai raggi, si può infatti procedere a una sorta di “cementificazione”, facendo in modo che il crollo non avvenga, scongiurando così danni davvero irreparabili.

È anche vero che la radioterapia ha i suoi effetti collaterali. I raggi, combinati con l’ossigeno, danno infatti una reazione chimica con la formazione di superossidi, perossidi di idrogeno, radicali liberi o radicali ossidrilici che possono (o, meglio, devono!) “rompere” il DNA delle cellule malate. Il che significherà la morte di queste cellule. Quindi tutto ok, visto il risultato? In apparenza sì, dato che siamo arrivati al bersaglio e le cellule tumorali le abbiamo uccise. Rimane tuttavia un “ma”: pur ricorrendo a macchine via via più perfezionate e a nuove quanto sempre più efficaci manovre protettive, i raggi colpiscono comunque i tessuti circostanti. Ripeto, questo avviene ormai in una percentuale bassissima rispetto al passato, grazie ai macchinari di ultima generazione; ma avviene, con la possibilità di produrre qualche effetto non desiderato, come per esempio una tiroidite. Ma io dico che bisogna mettere sempre sui piatti della bilancia entrambe le cose: da un lato la cura di un cancro e dall’altra qualche effetto collaterale.

85. Ecco, appunto. È arrivato il momento di pronunciare la parola che – dopo “tumore” – fa sicuramente più paura di tutte, cioè chemioterapia. È una paura giustificata?

Lo so, la parola incute timore, se non addirittura terrore. Tutti – sia noi medici sia i malati – sappiamo infatti che i farmaci usati per la chemioterapia sono sostanze citotossiche; il che significa che, nello svolgere la loro missione di colpire e uccidere le cellule malate, possono danneggiare anche parte di quelle sane. Ma oggi, **dopo tanti anni di lavoro con questi farmaci, posso affermare con assoluta sicurezza che la chemio rimane ancora, al momento, la nostra arma principale per debellare i tumori.** Non la sola, ma la principale. Questo perché è fuor di ogni dubbio la più efficace, **sempre se utilizzata nei modi giusti.** E più avanti spiegherò quali sono e quali possono essere questi “modi giusti”. In

scienza e conoscenza, mi rifiuto quindi di raccontare favole dicendo che i chemioterapici possono essere mandati “in pensione”. Magari! Vorrei poterlo dire e fare – in questo sono assolutamente sincera – ma è un fatto che al momento il loro prepensionamento non è davvero possibile.

Buttare lì affermazioni contrarie, fondate su base emotiva e senza conoscere la materia da vicino, ma soltanto per averlo letto su un gruppo Facebook o per sentito dire da chissà chi in un salotto televisivo o dalla parrucchiera, significa illudere in modo crudele creature disperate “per” la malattia e “dalla” malattia. Persone che si trovano in una particolare condizione di fragilità psicofisica e che quindi potrebbero legittimamente rafforzare quella loro preventiva paura, rifiutando così le cure. Oppure dilazionando nel tempo la decisione di iniziarle, con un ritardo che molte volte risulta fatale. Perché è il cancro a dare il tempo; e il “maledetto” ha quasi sempre una gran fretta.

Il rischio ancora più grande è di portare acqua al mulino di tanti ciarlatani e approfittatori. Gente priva di ogni scrupolo e di qualsiasi cognizione medica, che sfrutta il duplice sentimento di disperazione/avversione dei malati e dei loro cari verso le cure farmacologiche, unicamente per poter spillare soldi – spesso tanti soldi – in cambio del nulla. O, ancora peggio, al prezzo di ulteriori sofferenze: quelle date dalla malattia e quelle derivanti da risultati che, in assenza di cure, non potranno mai arrivare. Troppi sono gli episodi di cronaca che negli ultimi anni ci hanno raccontato le storie strazianti di chi ha creduto a simili criminali. Storie conclusesi quasi sempre nel modo più tragico.

Venendo alla chemioterapia, avevo premesso che può essere di tre tipi: *neo-adiuvante*, *adiuvante* o di *prima*, *seconda* o *terza linea* (e via così con la numerazione).

La chemioterapia neo-adiuvante può essere utilizzata in neoplasie così avanzate da non essere al momento operabili, in quanto troppo estese. Parlo, per esempio, di lesioni al seno talmente diffuse che nemmeno una mastectomia o una linfadenectomia di primo, secondo o terzo livello sarebbero in grado di “pulire” l’organo colpito. In casi del genere, almeno questo è il mio modo di procedere, c’è una sola cosa da fare: ridurre innanzitutto la massa neoplastica, facendo cioè in modo di poter portare la paziente a un intervento meno invasivo e della minor durata possibile. Non tutti i miei colleghi la pensano così. Ma la conseguenza è rischiare di aggiungerle altri problemi, oltre a quelli che ha già. Il riferimento qui è al

femminile, dato che parlo del tumore al seno, ma per me la metodologia è applicabile agli altri tumori.

Per spiegarmi meglio, citerò il caso concreto di una signora giunta in visita da me nel 2016. In un importante centro di riferimento oncologico lombardo si era sentita proporre un'operazione di nove ore (!), che avrebbe coinvolto ben tre chirurghi (!) di altrettante branche, dal momento che l'invasione linfonodale partiva dall'ovaio e saliva lungo tutto l'addome e il torace, fino alla regione sotto-claveare (sotto la clavicola). Operazione che di fatto – è terribile dirlo nel nostro gergo spesso molto crudo, ma rende appieno l'idea – l'avrebbe “aperta” tutta.

Questi, per me, sono momenti particolarmente difficili in una professione che per forza di cose non è mai facile; perché di fronte a te hai esseri umani spaventati sia dalla malattia sia dalla prospettiva di passare tante ore sotto ai ferri. Di fronte a te, soprattutto, c'è sempre una persona, un *unicum*, non un numero da includere in qualche statistica. E dietro e accanto al paziente ci sono i suoi cari.

Così, anche in quell'occasione mi comportai come faccio sempre in circostanze simili: le spiegai con calma, a parole ma aiutandomi anche con i disegni, a che cosa sarebbe andata incontro. E che cosa invece le suggerivo io come alternativa: appunto, una “chemio neo-adiuvante” per ridurre per prima cosa la malattia, in modo tale da poter poi affrontare un'operazione più “umana”, in quanto più breve e meno invasiva. Perché, se tutti gli interventi chirurgici comportano uno stress psicofisico più o meno grande, era evidente che un'operazione di tale durata e portata avrebbe avuto su di lei un effetto devastante, mettendole definitivamente in ginocchio il sistema immunitario. E, soprattutto, non sarebbe stata radicale, nel senso di risolutiva! Per non parlare della potente intossicazione da farmaci (antibiotici, cortisonici, morfina e altro ancora) e degli effetti collaterali quali stress, astenia, disturbi del sonno e perdita di peso.

Pur se combattuta, dal momento che la notorietà di quel centro oncologico esercitava su di lei il suo peso, d'accordo con il marito la signora accettò il mio piano d'azione, riassumibile in una scaletta su quattro punti: 1) dopo aver effettuato per prima cosa l'HE4 (il marker specifico per il tumore dell'ovaio, mentre i colleghi del noto centro di riferimento erano convinti che si trattasse di tumore dell'utero), feci asportare dall'amico chirurgo il linfonodo sub claveare che confermò la mia diagnosi: era un tumore all'ovaio; 2) dopodiché sottoposi la signora a tre sessioni di chemio

neo-adiuvante “personalizzata” con anti-angiogenetico Bevacizumab, proprio per ridurre il tumore; 3) successivamente – grazie al risultato ottenuto – la avviai alla rivalutazione di malattia e a un intervento chirurgico che, con un tumore ridotto del 50%, risultò altrettanto dimezzato nella durata, quindi anche nella dose di anestetici e farmaci usati, rispetto a quello “mostruoso” che le era stato prospettato; 4) infine la sottoposi ad altre tre sessioni di chemio adiuvante (detta anche protettiva) come consolidamento e pulizia. Concluse tutte le fasi, la signora ha potuto essere avviata a terapia con anticorpo anti-angiogenetico di mantenimento ed è così ritornata a fare la vita di sempre, a casa e sul lavoro.

86. Ma la chemio, sia essa adiuvante o d’altro tipo, si accompagna a inevitabili effetti collaterali. Questo non può negarlo...

Purtroppo, è un fatto. La chemioterapia, come ho già detto, oltre a uccidere le cellule malate può lasciare sul campo anche cellule sane, vittime per così dire di “fuoco amico”. I farmaci agiscono infatti sulle cellule in attiva replicazione che si trovano sul midollo, sulla cute e sugli annessi in primis. Il che significa che un paziente tenderà ad anemizzarsi, ad avere crisi di vomito, conseguenze epatiche oppure problemi polmonari o perdita di memoria. Senza dimenticare, oltre a un indebolimento delle unghie e dei denti, la progressiva caduta dei capelli, evento che tutti legittimamente temono; sia per le sue più o meno forti conseguenze psicologiche, sia perché diventa sintomo “esteriore” della malattia.

La differenza, come in ogni guerra, la può fare però il modo in cui la si combatte, cioè l’uso mirato delle armi che si hanno a disposizione. **L’oncologo dovrebbe insomma poter fare da regista a 360 gradi, paziente per paziente, andando a sostenerlo – prima, durante e dopo la terapia!** – proprio in quegli organi che si sa già essere maggiormente a rischio di essere colpiti dal fuoco amico. È infatti noto che determinati chemioterapici possono avere altrettanto specifici effetti collaterali. Per fare qualche esempio: il *cisplatino* tende ad agire negativamente in particolare sulla funzionalità renale; i *taxani* su quella epatica; la *bleomicina* può portare, soprattutto negli anziani, a fibrosi polmonari; la *gemcitabina* colpisce maggiormente piastrine, mucose e fegato.

Nell'uso dei chemioterapici bisognerebbe prendere inoltre in considerazione il quadro clinico completo e la "storia" di ogni singolo paziente, sia individuale sia familiare. Mi spiego meglio: sapendo che il malato da avviare in terapia ha problemi di insufficienza respiratoria, io oncologo dovrei poter valutare se somministrargli o meno la bleomicina, proprio per non procurargli più danni che benefici.

87. Questo aspetto di problematicità dei chemioterapici può darci forse l'opportunità di spiegare anche quei due concetti di "personalizzazione" e di "integrazione" delle cure che le stanno così a cuore. Pensa che possa essere questa la via da seguire?

Sì, ma ci tengo a distinguere e a spiegare bene i due concetti, anche se in fondo l'obiettivo è per me quello di ottenere entrambi, dal momento che si sovrappongono e si completano l'un l'altro in modo sinergico. Parto dalla *personalizzazione*: più che una via da "poter" seguire, io ritengo che "debba" essere il futuro stesso dell'oncologia. Ritorno a dirlo: siamo tutti diversi noi, l'uno dall'altro, ma lo sono pure le nostre malattie. Ed è di fronte a questa ineludibile verità che il protocollo mostra i suoi oggettivi limiti. Se mi passate il paragone di tipo "commerciale", è un po' come se nei negozi di abbigliamento si vendessero soltanto giacche di taglia 50. Su dieci persone, forse a tre o quattro potranno calzare a pennello, ma è certo che alle altre andranno larghe oppure strette, quando addirittura non indossabili. Lo stesso, a maggior ragione, dovrebbe valere per le cure. E aggiungo che il medesimo concetto va applicato ai regimi alimentari, anch'essi quindi sempre *ad personam*, perché solo se tagliati su misura di ogni singolo paziente potranno essere sinergici alle cure.

Per fortuna sto constatando che il mio auspicio di personalizzazione delle terapie inizia a farsi strada, pur se lentamente. Ho sentito illustri colleghi auspicarlo pubblicamente, parlando ai media. E allora dico: diamoci da fare, scambiamoci tra di noi informazioni ed esperienze, cerchiamo di abbandonare i nostri egoismi, oltre che i limiti di "quell'unica taglia 50", e torniamo a concepire il nostro mestiere come Arte medica, ricorrendo finalmente a terapie appunto sartoriali. A ogni paziente la sua, per il suo bene. Certo, costerà forse un po' di più – non per i farmaci, dato che se ne potrebbero utilizzare dosi minori – ma direi soprattutto in termini

di riorganizzazione del modo di lavorare negli ospedali. Sia quel che sia, costi quel che costi, rimango convinta che in una società che si dice evoluta, di fronte al valore della vita di ogni singolo essere umano non dovrebbero esistere MAI problemi di costi. Taglino piuttosto quelli per acquistare bombardieri! Lo dico anche in considerazione del fatto che ogni singolo paziente guarito peserà di meno proprio su quei bilanci della Sanità che sembrano essere la prima e spesso la sola contingente preoccupazione in chi la gestisce. Mentre io sono convinta che investire OGGI sulla salute sia il miglior modo per poter risparmiare DOMANI.

88. E per “integrazione” delle cure, invece, che cosa si intende?

Quando pronuncio questa parola, in tanti mi guardano stupiti pensando a chissà quali tecniche avveniristiche di là da venire. Non è così. Se parlo di *oncologia integrata* non mi riferisco a cose che succedono su Marte ma, per essere molto chiara, a una materia studiata da anni, per esempio, in 52 delle migliori università statunitensi. Materia peraltro già ampiamente messa in pratica nei migliori centri oncologici non solo americani, ma di tutto il mondo: dalla Gran Bretagna alla Cina, da Israele alla Germania. Ma allora perché non da noi, mi chiedo, salvo l'esempio virtuoso della Regione Toscana, dove le terapie integrate vengono addirittura rimborsate dal Servizio Sanitario? Per di più – basta informarsi, togliendosi i paraocchi e le lenti scure – con risparmi di costi dati proprio dalle migliori e più complete guarigioni ottenute dai pazienti i quali, ottenendo così una migliore qualità della vita e un'inedita autonomia, finiscono per pesare di meno, sul lungo periodo, sui costi pubblici.

Per spiegare di che cosa sto parlando, citerò una realtà che ho potuto toccare con mano visitando il Memorial Sloan Kettering di New York, il “faro” più luminoso dell'oncologia a livello mondiale. Sulla First Avenue di Manhattan opera appunto una delle sue divisioni più prestigiose, il Bendheim Integrative Medicine Center, dove ai pazienti in trattamento chemioterapico viene fornita ANCHE una “integrazione” di diverse cure – le più disparate – nella giusta convinzione che non si deve curare soltanto la malattia, ma la persona nella sua interezza. Cioè con un approccio olistico, a 360 gradi. Da un lato per difendere il paziente dagli effetti collaterali delle terapie tradizionali, facendole così “lavorare” meglio, in modo sinergico, al

fine della guarigione; e dall'altro per ridurne al massimo ansia, depressione, stress, affaticamento fisico e psichico. Non è medicina "alternativa", come qualcuno – ignorante nel senso letterale del termine, in quanto ignora – ama definirla in senso spregiativo. Si tratta invece di scienza medica, la più avanzata, anche se ricorre spesso all'aiuto di tecniche antichissime, perlopiù orientali: dall'agopuntura ai massaggi, dallo yoga alla musicoterapia, dal Tai Chi alla meditazione. Senza ovviamente mai dimenticare i regimi alimentari mirati.

Non è insomma fantascienza. Sono cose fattibili. Nel mio piccolo, a San Marino, dove lavoriamo senza degenza notturna, sono riuscita a raccogliere un pool di bravissimi colleghi specializzati in diverse branche, tutte naturali, come per esempio *ozonoterapia*, *idrocolonterapia*, *psico-oncologia*, *agopuntura*, *massaggi shiatsu* e *micoterapia*. È una gamma di tecniche volte appunto a ottimizzare l'effetto terapeutico dei chemioterapici che dovrò usare, paziente per paziente; per farglieli sopportare meglio e per farli funzionare al massimo delle loro potenzialità. Proprio come fanno al Bendheim di New York, dove sono gli stessi malati in chemioterapia, informati prima sui diversi vantaggi di queste tecniche, a testarle e a capire quale o quali siano le più consone al loro equilibrio psicofisico. Tengo a dire che i risultati sono inequivocabili, scritti nero su bianco nelle cartelle cliniche dove sono riportati i dati dei pazienti, con il "prima" e il "dopo".

Sfido chiunque a dimostrarmi che integrazioni naturali di qualità, e soprattutto mirate e personalizzate, fatte da uno specialista oncologo che conosce il proprio lavoro, vadano in conflitto con i chemioterapici. È vero invece esattamente il contrario: così i farmaci "lavorano" meglio. Con l'ulteriore risultato che il paziente, trovandosi con minori effetti collaterali, ha una qualità della vita notevolmente migliore.

In altre parole, l'oncologia integrata si può fare. Basterebbe volerlo, basterebbe ragionare, basterebbe informarsi, basterebbe forse soltanto voler ritornare a studiare. Somministrandoli ovviamente nei giusti momenti, in base alla composizione della chemio e alle sedute di infusione, io ricorro a integratori naturali, a vitamine purissime prive di eccipienti – quindi biodisponibili al 100% – che aiutano ad abbattere l'acidificazione dell'organismo. Ma anche a probiotici volti a riportare il microbiota in uno stato virtuoso di eubiosi. Perché, senza un intestino in ordine e quindi con un sistema immunitario non più vigile e funzionante, non si va da nessuna

parte. L'ulteriore vantaggio è che si tratta di integratori che poi il paziente potrà assumere facilmente a casa, seguendo la posologia da me suggerita.

Dell'integrazione fa ovviamente parte irrinunciabile il regime alimentare, anch'esso individuale, che per ogni paziente dovrà diventare appunto il SUO REGIME, da non confondere insomma con una banalissima "dieta", inutile in quanto destinata ad avere un termine. Anche le parole hanno infatti il loro valore terapeutico e, se io uso "regime", voglio dire che per ridurre al massimo l'incubo della recidiva è necessario seguirlo per sempre, pur concedendosi – quando è possibile – alcuni legittimi "strappi" che sono al tempo stesso consolatori e gratificanti per i risultati raggiunti. Sono regimi alimentari, strappi inclusi, che stilo in modo tale che i pazienti possano seguirli facilmente non solo a casa ma perfino al ristorante, se è loro imposto spesso, per esempio, da motivi di lavoro. Anche questa è oncologia integrata.

Sul fronte alimentare io so di essere molto severa, ma solo perché devo esserlo. Non sono però ciecamente "talebana". Prendiamo per esempio la carne: in linea di massima, da oncologa, non posso che ridurla al minimo storico – una volta ogni 15 giorni una porzione pari, in grammi, al peso in chili del paziente – o a eliminarla del tutto a seconda della gravità e della specificità della patologia e dello stato generale del paziente. La carne infatti ci acidifica, ha un forte e nocivo carico ormonale animale e tantissimi – troppi! – fattori di crescita, tutte cose che ne fanno un alimento incompatibile con i malati oncologici. Ciò non mi impedisce, però, di poterla concedere nelle giuste dosi, ma soltanto durante la chemioterapia, a un paziente che proprio a causa del trattamento che sta seguendo tendesse ad anemizzare. Altrettanto – faccio un altro esempio – è ovvio che a un malato di tumore alla prostata dovrò dire in modo chiaro e netto che dovrà dimenticarsi *per sempre* di tutto quanto deriva dal latte vaccino (formaggi, yogurt, budini e gelati compresi). Per essere più chiara sui danni che si può procurare facendo altrimenti, gli spiego che dovrà rinunciare anche a macchiare il caffè; perché quello che fa davvero male è proprio la ripetizione quotidiana, pur se in dosi "omeopatiche" come quelle rappresentate da una goccia di latte.

Tempo fa c'è stata una vasta (e immagino costosa) campagna sui media – che ha coinvolto anche una fondazione di grande notorietà – volta a difendere i consumi di latte, formaggi e yogurt. Succede puntualmente, guarda caso, quando le quote di mercato di certi alimenti tendono a

scendere. E ho letto gli articoli usciti sui grandi quotidiani e periodici italiani. Davvero imbarazzanti, devo dire, perché scorrendoli con attenzione balzava subito all'occhio una cosa: non erano diversi articoli, ma di fatto uno soltanto, con le stesse frasi e le dichiarazioni virgolettate delle medesime persone, palesemente "copiate e incollate" dalle varie redazioni senza verifica alcuna, ma tratte da un presumibile comunicato stampa "di parte", quindi "interessato". Insomma, una "velina". Con l'ulteriore e grottesco paradosso di aver usato a titolo scientifico il parere di uno dei più grandi gruppi alimentari del nostro settore lattiero-caseario! Che sarebbe un po' come chiedere a un gigante del tabacco un parere sulla "salubrità" delle sigarette. Pareri contrari? Nemmeno uno, anche se ce ne sarebbero a bizzeffe. Citazione degli studi scientifici internazionali che ho menzionato in proposito? Neanche l'ombra. Solo verità a senso unico, calate dall'alto. A chi mi ricordasse che quella fondazione è autorevole, io replico dicendo che non lo metto in dubbio, ma che ognuno risponde delle proprie affermazioni e seguendo la propria coscienza.

89. Parlando di integrazione, lei ha menzionato anche l'ozonoterapia. Ne avevamo sentito parlare come di una tecnica dalle grandi potenzialità in materia di ernie discali, disturbi articolari, nevralgie e altro. Ma come può essere integrata con le cure antitumorali?

Questa domanda mi fa particolarmente piacere perché mi consente quantomeno di accennare a una risorsa terapeutica tanto straordinaria quanto poco conosciuta. Almeno in Italia, pur se la "voce" sui suoi effetti benefici si sta diffondendo, così come il numero di professionisti che la praticano e le cattedre universitarie dove viene insegnata. A ben vedere non rappresenta nemmeno una novità, l'ozono, dato che già nella seconda metà dell'Ottocento veniva utilizzato in funzione di germicida per curare le ferite di guerra ed evitare le amputazioni per setticemia e cancrena.

Dell'ozono, che è soltanto ossigeno arricchito da un terzo atomo (e cioè O_3 anziché O_2) – quindi assolutamente naturale – segnalo in particolare le incredibili potenzialità antinfiammatorie, ossigenanti e antidolorifiche, tali da renderne l'uso davvero risolutivo – non banalmente sintomatico! – per un'infinità di problemi quali cervicali, tendiniti, lombalgie, periartriti e artrosi. Senza dimenticare l'aiuto che può dare a chi soffre di conflitti disco-

radicolari o dolori muscolari. Ma questa è solo la punta dell'iceberg, davvero un nulla rispetto alla parte "sommersa" rappresentata dalle sue preziose e sconfinata potenzialità. Parlo ovviamente con cognizione di causa, non per sentito dire, dato che quella in Ozonoterapia è la mia seconda specializzazione.

Potrei ricordare che, grazie a questa tecnica ambulatoriale, è per esempio possibile curare con una semplice iniezione sotto guida TAC perfino un'ernia del disco acuta; o con piccole iniezioni para-vertebrali le protrusioni discali, evitando così un delicato e doloroso intervento chirurgico. Oppure, passando a tutt'altre problematiche, senz'altro ben meno gravi, l'ozonoterapia si rivela efficacissima nel trattamento della cellulite, ricorrendo a micro-iniezioni con aghi infinitesimali. L'effetto è sbalorditivo: in poche sedute la cellulite viene "piallata via", come dico io per rendere meglio l'idea del risultato. So, inoltre, di studi dentistici dove con l'ozono vengono di fatto "sciolte" le carie senza dover ricorrere al trapano, in modo assolutamente indolore e in pochi minuti. Caratteristiche che rendono questa tecnica importante soprattutto con i bambini e con il grande "esercito dei paurosi".

Detto questo, passo alla mia esperienza con i pazienti oncologici e non solo, sottolineando come la principale caratteristica dell'ozono è dal mio punto di vista quella di essere il più straordinario disinfettante e disinfiammante esistente in Natura. Parallelamente, essendo un potente "spazzino" dei radicali liberi, mi consente di aiutare sinergicamente il processo di "normalizzazione" dell'organismo; per di più in maniera incredibilmente efficace e soprattutto senza ricorso a farmaci. Un ulteriore vantaggio è che la platea di possibili beneficiari è vastissima, dato che le due sole controindicazioni riguardano le donne in gravidanza e chi soffre di gravi problemi tiroidei (ma solo se la terapia dovesse essere per via endovenosa). Con l'ozono ho potuto anche eliminare in pochissime sedute stati infiammatori vaginali o prostatici che io, da oncologa, considero potenzialmente molto pericolosi. Quando "va bene", la medicina tende a trattare simili situazioni con il ripetuto ricorso all'odiato cortisone; o ad antibiotici che sono in grado di "falciare via" in una sola settimana la flora intestinale, mandando così in disbiosi il microbiota e conseguentemente – per catastrofica sommatoria – rottamando il nostro "impianto d'allarme", il sistema immunitario, aggiungendo insomma danno al danno.

A livello oncologico, l'ozono stimola invece il sistema immunitario e può essere così usato per esempio in un paziente che nella fase post-chemioterapica dovesse presentare una diminuzione dei globuli bianchi; in questo caso si può ricorrere alla GAET (*grande autoemotrasfusione*), che spiegherò meglio tra un attimo. Per chi ha tossicità epatiche o metaepatiche, si può invece ricorrere a insufflazioni a livello rettale, indolori quanto efficacissime; così, agendo anche sul *circolo portale* (è il circolo venoso che confluisce nella vena porta), l'effetto benefico dell'ozono riesce ad arrivare al fegato, "pulendolo" e disintossicandolo

Da oncologa, temo gli stati infiammatori perché, se sottovalutati e lasciati andare – il che succede ahimè spesso, limitandosi a curare i sintomi – possono trasformarsi in ben altro e ben di peggio. Spesso senza dare tempo al tempo. Lo vedo purtroppo da anni, ogni giorno. Per questo **lo ripeterò fino a sgolarmi: non si deve e non si può curare mai soltanto la singola malattia, ma sempre il paziente nella sua interezza.** Lo si deve fare andando a cercare che cosa ha fatto ammalare in primis il suo intero organismo – cioè il "sistema" – e conseguentemente l'organo che era al momento più debole o più privo di difese. Si tratta in fondo della stessa visione preventiva e della medesima logica terapeutica che mi portano a combattere le malattie autoimmuni e tutte le patologie che frettolosamente, e quindi erroneamente, vengono spesso diagnosticate "di scarsa importanza patologica". Proprio come quelle – sì, l'ho già detto, ma lo ripeto perché ne va della salute e della vita della gente! – che finiscono molto spesso in "ite": cistite, vaginite, prostatite, pancreatite eccetera. Soprattutto se sono ricorrenti. E mettiamocelo bene in testa: i tumori benigni sono delle precancerose!

Le tecniche di utilizzo e somministrazione dell'ozono sono comunque diverse a seconda delle patologie da curare. Si va dalle infiltrazioni sottocutanee alle iniezioni localizzate, dalle insufflazioni per via rettale alle infusioni endovenose, dall'uso di modernissime "pistole" che concentrano sulla parte dolorante un fascio di radiazioni ozonizzate, fino ad arrivare a quella che è la modalità più efficace e potente che ho appena citato: la cosiddetta "grande autoemotrasfusione".

Dedico due parole in più alle insufflazioni per via rettale e all'autoemo perché, dal mio punto di vista, sono le tecniche più efficaci e potenti soprattutto per le necessità dei malati oncologici. Le prime, grazie a un tubicino così sottile che il paziente, steso sul fianco, non ne avverte

minimamente la presenza, vanno a irrorare di ozono quella che è senza alcun dubbio la mucosa più assorbente e al tempo stesso più “trasmettente” del nostro corpo, proprio perché lì c’è il plesso vascolare rettale. L’efficacia è sbalorditiva, sia che si tratti per esempio di “disinfettare” un’infezione batterica vaginale, sfruttando la prossimità dell’organo femminile da sanare; sia per disinfiammare e quindi “sgonfiare” una prostata ipertrofica nell’uomo, approfittando sempre dell’analoga prossimità della ghiandola maschile.

Ho trattato così, in modo definitivo, diverse donne che soffrivano di questo problema anche in forma grave e che dall’uso dei soliti antibiotici non avevano ricavato nessun beneficio, ma unicamente danni. Quanto ai maschi, voglio ricordare il caso di un paziente – un importante collega milanese – la cui ipertrofia prostatica lo costringeva da tempo ad alzarsi per urinare anche sette-otto volte in una notte. Già dopo la sola prima insufflazione, mi richiamò all’indomani entusiasta e riconoscente: si era dovuto alzare una sola volta per andare in bagno.

Quanto alla grande autoemo, si rivela utilissima su diversi fronti: inizierei dicendo che, in linea generale, estende all’intero organismo i benefici dell’ozono anziché limitarli a determinati singoli organi o a specifiche zone, stimolando appunto l’organismo a reagire nei confronti di situazioni di stress cronico che possono averlo indebolito o esaurito; grazie all’elevatissimo potere ossigenante, poi, accresce l’efficacia di eventuali terapie chemioterapiche in corso, alleviandone al tempo stesso gli effetti collaterali; porta, inoltre, immediati benefici a livello cerebrale e dell’umore potenziando la forza fisica (non per nulla è vietato agli atleti per il suo straordinario effetto dopante sulle prestazioni sportive). Proprio per questa caratteristica viene usato in oncologia contro la *Anti Fatigue Syndrome* e nei pazienti con *sindrome da stanchezza cronica*. Infine, è anche un’efficace terapia antinvecchiamento e si rivela utilissima nel trattamento di tante malattie autoimmuni.

E ora vi spiego come funziona la GAET. La tecnica consiste nel prelevare al paziente, seduto in poltrona o steso su un lettino, circa 250 cc del suo sangue, che finisce in una sacca da trasfusione dove, senza contatti con l’esterno, viene arricchito di ossigeno-ozono a una concentrazione decisa di volta in volta dal medico in considerazione della patologia e delle necessità del caso. A questo punto il sangue ripulito e arricchito viene reinfuso nel circolo sanguigno attraverso la stessa vena. L’effetto “ripulitore” è

verificabile già a vista: grazie alla miscelazione con l'ozono, il sangue, uscito dalla vena color rosso scuro (in quanto è ossidato, è "sporco"), ritorna in circolo di un brillantissimo e vivace rosso rubino, perché ripulito e ossigenato. Non per nulla questa modalità può rivelarsi utilissima anche in presenza di una "intossicazione da farmaci", oltre che di virus e batteri. Si tratta insomma di una tecnica doppiamente sicura: sia perché il sangue reinfuso è del paziente stesso, scongiurando così i pericoli comunque sempre insiti in una trasfusione, sia perché i materiali usati sono rigorosamente monouso, caratteristica che si estende ovviamente a tutte le altre modalità di somministrazione. Il mio consiglio è comunque di rivolgersi a uno dei medici specializzati in questa terapia aderenti alle più importanti associazioni che li raggruppano, come per esempio la A.I.R.O. (Accademia Internazionale di Ricerca in Ossigeno-Ozono Terapia, i cui iscritti passano tutti da una specifica specializzazione universitaria).

90. Ritorniamo alla chemioterapia, dottoressa? È vero che essa stessa può scatenare la malattia?

Solo nel senso che può abbassare il sistema immunitario. Ma se l'oncologo "sa sostenere" il paziente nel modo giusto, ciò non avviene. Anche in oncologia ci sono infatti sempre casi e casi. Non esistono cioè *IL* tumore al seno o *IL* tumore alla prostata, intesi come categoria. Esistono invece il tumore al seno della signora X e quello della signora Y; così come quello alla prostata del signor Q e quello del signor Z. Così dicasi per tutti gli altri tumori. Perciò i protocolli, pur rappresentando un prezioso patrimonio di base, hanno per forza di cose limiti oggettivi, dati proprio dal fatto che si basano su procedure che "devono" essere uguali per tutti. E anche immodificabili.

Mi spiego: che senso ha insistere con un trattamento chemioterapico, se dopo due o addirittura tre sessioni di terapia il marcatore – o i marcatori tumorali – anziché scendere, continuano a salire? Così facendo, i pazienti non godranno di nessun effetto curativo e subiranno semmai soltanto gli effetti collaterali, stando male. Eppure, è quanto succede spesso. Me lo raccontano pazienti che vengono in consulto, ma seguiti come terapia altrove. "Perché così prevede il protocollo", si sentono rispondere da chi, dovendo attenersi appunto ai protocolli, non può fare e dire altro. Quei

colleghi io li capisco benissimo e so che spesso devono dire cose del genere allargando le braccia. Li capisco benissimo e hanno tutta la mia comprensione perché per 22 anni, finché ho lavorato in Italia, anch'io ho dovuto a volte allargare le braccia. Scusatemi, ma per me tutto ciò non ha senso. Manca, appunto, il più elementare buonsenso.

E ritorno “a bomba” alla domanda. Mi chiedevate se a volte può essere la chemio stessa a scatenare malattia? La risposta corretta è: “Dipende”. Dipende appunto da chi è il paziente che abbiamo davanti. È chiaro, per esempio, che un paziente già trattato con diverse linee di chemio può sviluppare e spesso sviluppa una “resistenza” alle terapie. Il che significa che su di lui alcune molecole di specifici farmaci non funzionano più. Si tratta ahimè dei casi più difficili e angoscianti per un oncologo, proprio perché sono quelli nei quali la possibilità di modificare e personalizzare la terapia, togliendo il farmaco ormai inutile, se non dannoso, per sostituirlo con un altro, dovrebbe essere essenziale. E ancor prima logica. Ma non succede, perché il sistema standardizzato ci dice che “non può” succedere. È però inevitabile che, insistendo con un certo protocollo, l'organismo si ribelli e ne possano derivare altri danni, compresa una recidiva di malattia.

All'opposto c'è il paziente “naive”, così chiamato in quanto affronta la sua prima chemioterapia. O la riaffronta a grandissima distanza di tempo da una precedente. Grazie a questa circostanza, rispetto agli altri ha una maggiore possibilità di guarire. È statistica, è casistica, non un'opinione personale. **Perciò respingo con forza il terrorismo aprioristico che circonda le chemioterapie.** Non è soltanto una credenza che nasce da scarsa informazione – comunque priva di qualsiasi fondamento scientifico o clinico – ma si basa spesso su posizioni “fideistico-ideologiche”, nel senso di estreme ed estremizzanti. Ma che proprio per questo rimangono molto distanti dalla verità.

91. Esistono tumori che si possono rivelare insensibili all'effetto dei chemioterapici?

Lo sono spesso i tumori più aggressivi, come in particolare i melanomi, i sarcomi, i tumori cerebrali, del pancreas, del polmone e le leucemie. Ma aggiungo anche quelli del seno, che senza dubbio oggi presentano le percentuali di guarigione più alte, ma che a volte possono rivelarsi

particolarmente cattivi. In generale la maggiore aggressività dei tumori che ho appena indicato dipende dalla loro velocità di replicazione cellulare, dalla difficoltà a centrare il bersaglio da colpire, oppure perché in quella particolare sede i chemioterapici “non arrivano”, come può succedere con le neoplasie del cervello.

Ma qui si ritorna all’ovvia e doverosa considerazione di fondo circa le nostre ineludibili diversità individuali. Nel senso che per capire se un certo farmaco agirà, oppure no, sul tumore del signor Tizio, piuttosto che su quello del signor Caio, in base a protocollo non rimane altro che testarlo direttamente con la somministrazione. Cambiando poi eventualmente il protocollo. Il che equivale a procedere per tentativi. Ho visto tumori al seno accrescersi sotto gli occhi miei (e della paziente), in corso di trattamento con *antracicline*, cioè con la terribile chemio “rossa” che da protocollo viene considerata come la più potente (per me devastante). E allora? E allora ripeto un’altra volta che non siamo tutti uguali e che, di fronte ai risultati negativi, dovrebbe emergere quantomeno quel buonsenso che stiamo perdendo un po’ di vista. Motivo in più per auspicare al più presto l’adozione di cure oncologiche personalizzate.

Parlando di farmaci, in base alla mia esperienza mi sembra altrettanto doveroso ricordare l’esistenza di molecole che sono state incomprensibilmente dimenticate. O addirittura tolte di produzione dalle case farmaceutiche, come è successo non molto tempo fa con la bleomicina, efficace parte integrante di diversi protocolli. Perché? Anche in questo caso, da semplice oncologa impegnata sul campo, non posso essere io a rispondere. O meglio, una risposta ce l’avrei, ma una volta ancora ritengo più prudente tenerla per me. Mi limito a osservare che, in linea generale, vengono privilegiati i farmaci più nuovi, che di norma sono anche i più cari. A discapito magari di vecchi farmaci poco costosi ma ancora efficacissimi, lasciati cadere invece nel dimenticatoio.

Potrei citare per esempio la *lomustina*, un farmaco che fa parte delle *nitrosuree*, usata nei tumori cerebrali e nei linfomi. La lomustina, passando la barriera emato-encefalica, è per esempio validissima nelle metastasi encefaliche, nei tumori del cervello, ma anche nel melanoma e nel tumore del polmone stabilizzato. In più, oltre ad avere un costo notevolmente più basso rispetto a molti degli ultimi farmaci posti in commercio, ha il vantaggio di essere disponibile pure in formulazione orale, il che consentirebbe di farla assumere al paziente a casa, con minori aggravii per il

Sistema Sanitario, proprio in quanto non richiede la somministrazione in day hospital. Quindi: meno costi, meno code, meno attese, meno affollamento. Eppure, oggi, un oncologo che la voglia usare deve farsela arrivare dalla Germania, dato che in Italia non è più nemmeno in vendita.

Voglio poi ricordare il mio amato *glutathione*, che uso sempre nelle terapie. È un farmaco naturale e multitasking, in grado cioè di svolgere un'infinità di ruoli benefici. Per prima cosa è il più efficace "spazzino" del nostro organismo e in particolar modo del fegato; è inoltre un potentissimo antiossidante; e, se ancora non bastasse, aggiungerò che fa da scudo contro gli effetti collaterali delle chemioterapie, rendendole meglio sopportabili. Ma non è tutto: per me è soprattutto il "regista" ideale di ogni chemioterapia, in quanto possiede il passe-partout in grado di aprire qualsiasi "porta chiusa", favorendo così l'azione combinata degli altri farmaci. Oggi lo posso dire: quando lavoravo a Milano, avendo già intuito e verificato per conto mio tutte queste sue straordinarie qualità, lo inserivo quasi sempre nelle terapie, ma all'insaputa del primario, che altrimenti mi avrebbe spellata viva perché non era previsto nei protocolli. Eppure, funzionava. Allora, così come funziona – e sempre! – oggi. Anche il glutathione, però, ha forse il solo "difetto" – azzardo – di costare troppo poco.

92. Ritorniamo a considerare i diversi tipi di chemio. Ci aveva spiegato a che cosa serve quella neo-adiuvante. E aveva citato quella adiuvante. Qual è la differenza?

Come dice la parola stessa, la chemioterapia adiuvante (o cautelativa) fornisce un aiuto, in particolare al lavoro svolto dal chirurgo in sala operatoria. O meglio: dopo l'intervento. Mentre infatti il bisturi toglie la massa tumorale "che si vede", la chemio adiuvante ripulisce il torrente ematico da ciò che "non si vede", andando ad agire sulle cellule tumorali che senz'altro sono ancora in circolazione. Questo è un punto chiave che voglio fare comprendere bene. Perché non si può credere – né tantomeno lasciar credere – che la chirurgia, da sola, possa essere definitiva. Pur se oggi le tecniche operatorie sono sempre meno invasive, l'atto chirurgico si svolge in un ambiente senz'altro circoscritto, ma per forza di cose irrorato di sangue. Con tutto quel che ne consegue e, cioè, che anche se il tumore è

stato rimosso, le cellule tumorali saranno sempre in giro attraverso i vasi sanguigni.

Invece, nel caso di un paziente che, per malattia “localmente estesa” (in gergo o.l.o., e cioè oltre i limiti dell’operabilità), è stato sottoposto a una terapia neo-adiuvante, si procederà poi alla rivalutazione con esami strumentali (mammografia, eco mammaria, TAC, PET) e con esami ematici con marcatori tumorali. In base alla risposta – che potrà essere completa (detta RC, tanto attesa ma pur sempre solo “macroscopica”); oppure RP, cioè parziale; o, ancora, NC (indica stabilità alla malattia); ma purtroppo a volte anche PD (progressione di malattia) – quel paziente potrà eventualmente andare all’intervento. Al termine del quale il chirurgo, rivolgendosi al paziente, esclamerà: “Lei è guarito!”.

“Magari!”, aggiungo io. Purtroppo, non è sempre così. È solo la lettura ottimistica che ci racconta la “macroscopia”, cioè quello che si vede. Mentre la “microscopia” ci racconta, in realtà, tutta un’altra storia. Di solito ci racconta che le cellule tumorali sono ancora in viaggio nel nostro corpo per via ematica, cioè nel sangue. Il chirurgo avrà fatto senza dubbio il suo lavoro nel migliore dei modi, ma non può andare oltre, dal momento che una volta portato a termine il suo compito, di più non può materialmente fare. La verità è che, quando viene tolto un tumore, di cellule malate in giro ne rimangono ed è inutile illudersi che possa essere altrimenti.

Per maggiore chiarezza, vi riassumo come di norma procedo io quando mi trovo di fronte a un tumore di una certa entità e con coinvolgimento linfonodale. Come primo step, prevedo almeno tre cicli chemioterapici neo-adiuvanti. Che integro sempre, così come del resto faccio con quelli adiuvanti, con prodotti naturali a protezione delle cellule sane, al fine di ridurre al massimo gli effetti collaterali, inclusa la perdita dei capelli. Ricorro inoltre a probiotici mirati, per aiutare il microbiota che sarà sicuramente in disbiosi. E ovviamente prescrivo un regime alimentare personalizzato: da un lato per affamare il tumore e dall’altro per aiutare sinergicamente l’azione dei farmaci. Soltanto dopo aver ultimato questa fase, me la sento, in coscienza, di poter avviare il paziente all’intervento.

Dopodiché, coinvolgendo come in ogni altra fase il paziente, condividendo con lui tutte le informazioni, posso passare alla lettura dell’istologico che sarà stato eseguito sul campione di tessuto prelevato in sala operatoria. È la “carta d’identità” del tumore. È l’insieme dei suoi “dati anagrafici” e, appunto, identificativi, che cioè mi dicono tutto di LUI, del

nemico che mi trovo ad affrontare. L'istologico mi dice anche se il tumore si è fatto scalfire dalla chemioterapia; se sono riuscita a cambiare almeno parzialmente le sue caratteristiche di aggressività; se magari è quasi scomparso; o se addirittura – ciò che speriamo sempre – lo è del tutto.

Questo esame mi consente allo stesso tempo di conoscere anche le caratteristiche immunoistochimiche del tumore. Per esempio, nel caso di un tumore al seno, mi dirà se si tratta di un carcinoma duttale infiltrante, quindi più aggressivo, piuttosto che di un più “buono” carcinoma lobulare infiltrante. Saprà inoltre qual è il tasso di replicazione cellulare (il ki-67, che più è alto e più le cellule si moltiplicano). Conoscerò il *grading* (G1, G2 e G3), cioè il grado di differenziazione delle cellule rispetto a quelle di origine, che più è alto e peggio è. L'istologico mi dice pure se siamo in presenza di un'invasione vascolare (I.V.), particolare importantissimo perché, nel caso in cui ci sia, significa che il tumore (appunto vascolarizzato) sta creando neo-vasi e che le sue cellule sono già in giro per via ematica. Altro fondamentale elemento che posso verificare grazie all'istologico è il cosiddetto *infiltrato linfocitario*, ovvero se il nostro sistema immunitario riconosce e sta “attaccando” il tumore oppure no. Saprà qual è il coinvolgimento linfonodale, altro dato fondamentale. Perché, se per esempio su dieci linfonodi resecati ne risultasse “coinvolto” soltanto uno, vorrà dire una cosa; ma se dovessero essere 34 su 34 – ne ho visti di casi così! – sarà ovviamente e purtroppo un'altra. L'esame istologico, infine, è in grado di dirmi qual è la grandezza del tumore (e già oltre il centimetro è tanto).

Il complesso di tutte queste informazioni, unite all'esperienza che ha un oncologo e al suo auspicabile buonsenso, permettono poi di scegliere il protocollo (o la combinazione di chemioterapici) più giusto per quel determinato paziente. Perché tutti i tumori sono diversi l'uno dall'altro, proprio così come lo sono tutti i pazienti. Così come diverse, paziente per paziente, sono le storie personali, le familiarità e le patologie collaterali. Da tutto quanto ho appena detto, emerge quindi con evidenza quale fortissima valenza possa avere, dopo l'intervento, una chemioterapia adiuvante.

Mi corre tuttavia l'obbligo di aggiungere una cosa che risulterà forse impopolare tra molti colleghi. Mi spiace, ma non mi posso trovare in sintonia con la diffusa convinzione che le cellule tumorali si muovano soltanto per via linfatica. Convinzione che ha numerosi sostenitori anche perché è a fondamento di una tecnica, quella del linfonodo sentinella,

considerata dai più come qualcosa di indiscutibile. Si tratta di un mini-intervento, oggettivamente poco invasivo, che “dovrebbe” dirci se un tumore originario al seno ha iniziato a muoversi e a diffondersi in altri organi seguendo la via linfatica.

Dico dovrebbe, perché è sul presupposto che mi permetto di dissentire. Dissento perché è scientificamente incontestabile il fatto che la circolazione linfatica e sanguigna procedono in parallelo, così come ci dicono i testi sacri di Medicina. Quindi, per essere ancora più chiara, aggiungo: se i linfonodi sono stati coinvolti dalla malattia (e andranno asportati quando è possibile) in quanto le cellule sono “uscite” dall’organo d’origine, la chemio adiuvante andrà comunque fatta anche dopo l’intervento chirurgico. Proprio per uccidere quelle “stramaledette”. Non sarà di certo una pastiglia di terapia antiormonale a poterlo fare, dal momento che non si tratta di un chemioterapico. Al massimo, quella pastiglia potrà svolgere un effetto “cautelativo” per cinque anni; effetto comunque molto importante, come dico io, per “spegnere” il target ormonale.

Dopodiché, nella norma, il paziente viene avviato a una serie di appuntamenti scadenziati, ovvero al cosiddetto *follow-up*.

A mio avviso, invece, dovrebbe scattare subito, in parallelo, la fase fondamentale della prevenzione delle recidive. Perché a un paziente “in apparenza” guarito – ma solo perché così è scritto nel protocollo – non si può dire di ripassare tra sei mesi e basta! In altre parole, per essere più chiara: io oncologa dovrei “regalare” sei mesi di tempo al tumore per “riorganizzarsi”?! Ma vogliamo davvero scherzare?! Dov’è finito il buon senso al quale ho già accennato più di una volta? Così facendo, equivarrebbe a dire al paziente che si tranquillizzi, che senz’altro mi tornerò a occupare di lui, ma soltanto quando si sarà di nuovo ammalato. Eppure – purtroppo! – è proprio ciò che per prassi succede: perché la prevenzione delle recidive non è prevista dai protocolli.

È invece subito dopo la rivalutazione di malattia che diventa importantissimo, anzi fondamentale, recuperare e ristabilire il bilancio ideale dell’omeostasi di cui ho parlato all’inizio. È fondamentale per far sì che le cellule malate si “silenzino”, se ne rimangano definitivamente in letargo, senza cioè aver modo di riprendersi e di riavviare la loro pessima azione. Deve scattare, insomma, l’adozione di un “nuovo stile di vita”, con un “carattere” virtuoso che comprende un po’ di movimento fisico, il “vizio” di non fumare, quello di non bere (o di bere comunque di rado e

pochissimo) e, ovviamente, un'alimentazione corretta. Senza dimenticare il ricorso "ragionato" e personalizzato a integratori naturali, puri e biodisponibili, prescritti, chiaramente, da un oncologo integrato.

93. Le chemioterapie di prima, seconda o terza linea (e così via) che cosa sono? In che cosa consistono?

Sono le terapie che si rendono necessarie nella fase metastatica, quando il tumore è migrato in altri organi, diversi cioè dal cosiddetto "primitivo". Si inizia con la prima linea, per tot cicli, per poi rivalutare la malattia con esami del sangue e strumentali. Dopo di che si verifica che cosa si è ottenuto. La rivalutazione può dare varie risposte: completa, di stabilità, parziale (nel senso che si tratta di una via di mezzo, un po' sì e un po' no); oppure può esserci purtroppo progressione. Nel qual caso si passa alla seconda linea. E se non funziona nemmeno questa, si va a una terza. E così via.

Non è tuttavia, come potrebbe suonare, un procedere alla cieca, andando per tentativi, bensì in base a una ragionata selezione. Si va cioè ad agire con le molecole – i chemioterapici – specificamente attive su determinate forme di tumore. Perché, come ho già detto, dove si è creato un clone resistente, non ha per me alcun senso ostinarsi a procedere comunque con la modalità pregressa. Nel caso di paziente già pluritrattato con diverse linee di chemio (ne ho visti purtroppo anche in decima linea, soprattutto per tumore alla mammella), noi oncologi possiamo però ricorrere al cosiddetto *Re-challenge*: andando cioè a ripescare molecole utilizzate in passato, in una delle precedenti linee. Molecole che non avevano dato una progressione, ma almeno una stabilizzazione di malattia, cioè una risposta anche parziale. Quindi tu, oncologo, sai che quella molecola non era resistente. E la puoi riutilizzare.

94. È vero che tra le nuove armi contro il tumore ci sono anche i vaccini? E che cosa sono gli anticorpi monoclonali e l'immunoterapia?

Inizio dai vaccini. Che è vero, esistono e sono stati principalmente studiati per il melanoma. Di fatto, come modalità d'azione, rientrano in senso lato tra gli strumenti di una nuova frontiera dell'oncologia, chiamata

immunoterapia. In Italia esistono ottimi e importanti centri specializzati proprio in questo tipo di cure, come per esempio quello diretto dal professor Michele Maio, al Policlinico Le Scotte di Siena. Ma devo citare anche il mirabile lavoro svolto per primo dal “papà” di questa terapia in Italia, il professor Giorgio Parmiani, ex vicedirettore dell’Oncologia molecolare al San Raffaele di Milano; o dai colleghi diretti dalla dottoressa Licia Rivoltini all’Istituto Tumori, sempre a Milano; o ancora dal professor Ruggero Ridolfi, direttore dell’Unità Operativa di Immunoterapia e Terapia cellulare somatica dell’IRST di Meldola (Forlì).

Venendo alla specifica domanda su che cosa sono, posso rispondere che i vaccini oncologici sono studiati per comportarsi in maniera attiva sul sistema immunitario, proprio come sono chiamate a fare le normali vaccinazioni. Vengono prodotti utilizzando soprattutto le cellule dendritiche, specializzate nella cattura degli antigeni e in grado di “lavorarli” per renderli di nuovo visibili e riconoscibili da parte dei linfociti T, i cosiddetti *Natural Killers*. Ma possono essere impiegati anche i lisati del tumore stesso, facendo un prelievo delle cellule tumorali e del sangue. Così, dato che gli antigeni di superficie sono stati modificati proprio dalla cellula tumorale per non farsi riconoscere, si procede alla sua riprogrammazione proprio per vanificare il “camuffamento” che ha utilizzato con la sua straordinaria e malvagia intelligenza. Per usare un linguaggio comprensibile a tutti, bisogna rimetterla a nudo, togliendole di dosso quei panni non suoi, rendendola di nuovo riconoscibile. Dopodiché viene messa in vitro e reinfusa nel paziente.

Sul fronte vaccinale ci sono al momento risultati incoraggianti in particolare per i tumori cosiddetti “solidi”. E conosco pazienti curati allo stesso modo per il melanoma, che sono guariti e a tutt’oggi ancora vivi. Per completezza dell’informazione va però precisato che stiamo parlando comunque di nicchie. Lo dico per non suscitare eccessive aspettative e speranze avendo imparato sul campo – e lo imparo ogni giorno – come le malvage “risorse” delle cellule tumorali e le loro infinite capacità di *escape*, cioè di fuga, e quindi di sopravvivenza, siano davvero impensabili. Mi sembra quindi più corretto dire che il vaccino oncologico è “una” delle diverse possibili nuove armi nella lotta contro il cancro.

E a proposito di nuove armi devo citare gli anticorpi monoclonali, come per esempio l’*Ipilimumab*, che ha davvero riscritto la storia stessa della lotta contro il melanoma. Una volta questa terribile neoplasia, dall’esito quasi

sempre infausto, era considerata per di più una patologia “povera”, in quanto avevamo a disposizione ben poche risorse chemioterapeutiche per combatterla. Mentre questo farmaco ha davvero cambiato radicalmente le cose.

L’immunoterapia, invece, agisce in modo da far sì che il sistema immunitario venga “aizzato” contro le cellule malate. Purtroppo, a volte, con reazioni autoimmuni (come vitiligine, tiroiditi e altro ancora). Vengono usati farmaci estremamente innovativi, a proposito dei quali vanno fatte alcune doverose precisazioni: la prima è che, a oggi, hanno un costo elevatissimo; la seconda è che, di conseguenza, non sono disponibili dovunque, ma rientrano nei protocolli dei soli pochi centri di riferimento che sono in grado di effettuarli grazie alla specifica preparazione di chi ci lavora e ai finanziamenti esterni di fondazioni sia nazionali sia internazionali; la terza è che inevitabilmente questi protocolli impongono un “arruolamento” dei pazienti, il che significa per forza di cose un numero limitato di persone; la quarta e ultima precisazione è che anche tali trattamenti possono presentare notevoli effetti collaterali, come per esempio fortissime sindromi diarroiche, gravi al punto da dover ricoverare il paziente per giorni e giorni. Gli effetti collaterali devono essere quindi riconosciuti molto bene, proprio per essere in grado di gestirli in modo tempestivo e corretto, facendo in modo che il paziente non corra il rischio di ulteriori grossi guai.

Detto questo, rimane il fatto che l’immunoterapia è al momento uno dei fronti più avanzati nella lotta contro il cancro. Quando infatti funzionano a dovere, gli anticorpi monoclonali svolgono un’azione davvero eccezionale proprio perché riescono a togliere il freno a una “macchina” – il sistema immunitario – che si era guastata e che non riusciva più a svolgere il suo ruolo di sentinella contro le aggressioni delle cellule tumorali, in quanto non le “vedeva” più. Mi pare giusto ricordare in proposito il caso dell’ex presidente americano Jimmy Carter, che nel 2015, a ben novant’anni di età, fu guarito grazie a questi anticorpi monoclonali da una terribile forma di melanoma con metastasi al cervello e al fegato.

95. Sappiamo che molti pazienti vi chiedono solo la terapia antiormonale. Di che cosa si tratta e perché la chiedono con tanta insistenza?

Posso dire, a ragion veduta, che le pressanti richieste di queste terapie si fondano su un equivoco: che cioè si tratti di qualcosa di molto più soft rispetto alle tradizionali chemio, in quanto “sarebbero” prive di effetti collaterali. Diciamo che più soft lo sono; ma al tempo stesso presentano anch'esse effetti collaterali, così come del resto tutte le terapie. Questi farmaci possono essere considerati la prima “vera” *Target Therapy*, proprio perché “spengono” l'interruttore dei recettori ormonali della cellula tumorale.

È un discorso che può interessare tanto le donne quanto gli uomini. Mettiamo il caso di una paziente in età ancora fertile (stato premenopausale): non si dovrà mai dimenticare di completare l'azione della terapia antiormonale, annullando anche il continuo bersagliamento ormonale da parte dell'ipofisi sugli organi bersaglio (seno, utero, ovaio nelle donne, ma anche testicolo e prostata negli uomini!) con la cosiddetta “castrazione chimica” (iniezione mensile o trimestrale), termine che rende bene l'idea delle conseguenze. E cioè niente ormoni, ovvero menopausa (o andropausa anticipata nei maschi) e quindi vampate, disturbi del sonno, irritabilità, secchezza vaginale e impotenza nei maschi.

Se per una paziente si usa l'antesignano Nolvadex (il principio attivo è il *tamoxifene*), bisognerà però monitorare almeno ogni sei mesi lo spessore dell'endometrio con una ecografia transvaginale; perché se questa dovesse aumentare troppo sarà necessario sospendere il farmaco e sostituirlo con un altro di un'altra categoria. Perché lo dico? Perché pur se in una percentuale davvero piccolissima, si potrebbe correre il rischio di insorgenza di un tumore dell'utero. Ma, a quel punto, vorrebbe anche dire che la paziente non ha eseguito con regolarità i controlli che ho menzionato.

Se invece a una donna in post-menopausa è stato prescritto un inibitore dell'aromatasi (gli IA, come per esempio *letrozolo*, *anastrozolo*, *exemestane*), bisognerà invece monitorare con la MOC femorale e vertebrale lo stato delle ossa, perché ci potrebbe essere un aumentato rischio di osteoporosi. Non è però il caso di allarmarsi: se infatti si va in prevenzione con la vitamina D, con un'alimentazione corretta e un po' di moto, si sarà fuori da questo rischio. Rischio nel quale invece si cadrebbe se si seguissero quelle abituali quanto incredibili raccomandazioni di forti consumi di latticini che vengono di norma date negli ambulatori di Endocrinologia. Ma dell'effetto negativo sulle ossa di questi alimenti derivati dal latte vaccino ho già dettagliatamente parlato.

96. E allora, la Target Therapy, o meglio la Biologica, che cos'è?

Anche qui regna sovrano l'equivoco. O quantomeno manca una completa e oggettiva informazione. Tanti pazienti infatti mi implorano: “Dottoressa mi faccia la *Target Therapy*, che è mirata e così io non ho bisogno del chemioterapico”. Mi dicono così perché ne hanno letto mirabilie sui giornali o ne hanno sentito parlare in termini entusiastici alla radio o in tv. La verità è che i termini entusiastici dei media non sono sempre sinceri e quasi mai veritieri al 100%.

Per fare chiarezza, va detto innanzitutto che questa terapia è valida se si ha appunto il target al quale l'anticorpo si deve attaccare; se non lo si ha, non la si può usare. Per esempio, in caso di tumore al seno, se si ha il c-erbB2:3+ iper-espresso, si può usare il *trastuzumab* o il *pertuzumab*; in caso di melanoma, se si ha la mutazione di B-raf, si possono usare il *dabrafenib* o il *trametinib*; nel tumore del polmone, chi ha la mutazione di ALK può ricorrere al *crizotinib* o al *ceritinib*.

Fatta questa precisazione, posso aggiungere che gli anticorpi monoclonali possono offrire il vantaggio di un'azione selettiva in grado di risparmiare le cellule sane. Questo, però, a fronte di costi elevatissimi e di un'alta possibilità di scatenare serie reazioni allergiche. E qui devo spiegare bene, precisando che gli anticorpi monoclonali possono essere di tre tipi: umani, ibridi e altri ancora sintetici. Con la conseguenza che, quando non sono umani, possono dare appunto le forti reazioni allergiche alle quali ho appena accennato. E cioè: febbre molto ma molto alta, astenia fortissima (la cosiddetta sindrome di *fatigue*), broncopolmoniti, sanguinamenti e rash cutanei, tutti disturbi accessori che possono essere invece gestiti molto bene con un'oncologia integrata.

97. Si riferisce forse alla poli-chemioterapia, che se non sbagliamo è quella che lei fa all'SH di San Marino? Ci spiega in che cosa consiste e in che cosa si differenzia dai protocolli standard?

Ci arrivo, premettendo però una cosa che mi sta particolarmente a cuore ribadire fin da subito per sgombrare il campo da possibili equivoci. La dico anche a voce alta, in modo forte e chiaro, affinché capisca bene chi deve capire: io sono un'oncologa tradizionale, laureata in Medicina e specializzata – a pieni voti – all'Università di Milano. E aggiungo: sono

un'oncologa tradizionale anche nel senso che uso da un quarto di secolo soltanto i chemioterapici tradizionali e gli anticorpi monoclonali, gli stessi utilizzati da tutti gli altri colleghi oncologi, italiani e non. Niente ali di pipistrello, insomma, e nemmeno polveri di ragnatele come sospetta qualche rancoroso malpensante e come qualche invidiosa malalingua aveva forse già detto in giro. Non sono una "alternativa" e nemmeno una "oncologa New Age", così come qualcuno mi ha definita in tono riduttivo senza nemmeno conoscermi e ignorando tutto di me, del mio lavoro e della mia carriera scientifica.

Purtroppo, avere il coraggio di percorrere nuove strade ha sempre il suo prezzo. Perché là fuori, oltre a tanta brava gente – la maggioranza – c'è "anche" chi vive e si nutre di invidia e di rancore. Per quel che mi riguarda, si rodano pure "dentro", tanto i malpensanti quanto le malelingue! Di loro non mi curo perché devo pensare soltanto al bene dei miei pazienti.

A San Marino lavoro con grandi soddisfazioni, così come del resto ha potuto fare per tanti anni il professor Lagarde, prima di lasciare a me le redini del Servizio internazionale di Oncologia da lui fondato, nonché il suo metodo. Metodo che prevede appunto l'utilizzo dei chemioterapici tradizionali, gli stessi usati nei protocolli. Cambia solo la metodica, cioè la possibilità di utilizzare quei farmaci in modo diverso, con risultati che da subito hanno stupito me per prima. Se qualcuno vuole sostenere il contrario venga a trovarmi perché – carte alla mano – gli potrò dimostrare che si sbaglia. È scritto tutto nelle cartelle cliniche dei pazienti. Voglio ricordare, in proposito, che il professor Lagarde può vantare cinquant'anni di studi e di terapie, oltre a tantissimi casi di ex pazienti metastatici con sopravvivenze ultraventennali, che a tutt'oggi conducono una vita normale.

E già che ci sono, sgombro il campo anche da un altro possibile equivoco, per stoppare invece i soliti sapientini con il ditino alzato. Li stoppo dicendo che **il protocollo di poli-chemioterapia esiste in letteratura scientifica, così come del resto esiste anche quello della cosiddetta chemioterapia "metronomica"**, che consente per esempio di usare dosi davvero minime, eppure efficaci, anche su soggetti particolarmente "fragili", per esempio persone molto anziane. Peccato che pure la metronomica sembri essere ignorata e dimenticata, forse nell'incomprensibile logica – almeno per me è incomprensibile – che se un paziente oncologico è arrivato a ottant'anni "ha fatto ormai la sua vita". Considero inaccettabile un modo di pensare del genere. Da medico che ha

giurato di battersi fino all'ultimo e con ogni mezzo per la salute del paziente, ritengo infatti che chi è arrivato agli ottant'anni ha il sacrosanto diritto di andare ben oltre questo traguardo, soprattutto se gode di condizioni psicofisiche da settantenne o ancora migliori. E infatti, uno dei risultati per me più belli è stato proprio quello di una signora ultraottantenne arrivata da me con due bruttissimi tumori, di cui uno devastante al seno: usando la metronomica con dosaggi da "passerotto" quale era lei, non solo ho potuto curarla da entrambe le neoplasie, restituendole perfino una pelle perfetta sulla zona della lesione al seno, ma assicurarle altri anni di vita normale e senza sofferenze fino al giorno in cui, per motivi d'età, ci ha lasciati a novant'anni!

Mi chiedevate comunque che cosa faccio a San Marino e in che cosa consista il metodo Lagarde. Dopo un'approfondita visita in cui prendo in considerazione tutti gli esami clinici più recenti, ogni aspetto della storia medica del paziente – ma anche dei suoi consanguinei più stretti, per appurarne eventuali familiarità con la malattia – e ovviamente qual è stato finora il suo stile di vita, vado a individuare le molecole che possono essere attive sul suo specifico tumore. Procedere così, prima di iniziare il trattamento chemioterapico, consente di ridurre il più possibile sia l'eventuale inefficacia di determinati farmaci sia la loro possibile resistenza. Infatti, come ammonisce sempre il professor Lagarde: "L'effetto di un farmaco anticancro rimane in gran parte imprevedibile". Questo per dire che, purtroppo, si tratta di farmaci che, com'è noto, non risparmiano anche parte dei tessuti sani, con la possibilità di scatenare spiacevoli e a volte pesanti effetti collaterali. Poi, sulla base dei risultati ottenuti in questa prima fase, stilo per ogni paziente un protocollo individuale. Perché, come dice ancora il professor Lagarde: "Essendo tutti noi diversi l'uno dall'altro, è il protocollo che deve adattarsi al paziente e non può essere il contrario".

Quindi, ecco che cosa intendo con "personalizzazione". Il punto di partenza di Lagarde – nonché prima grande intuizione di questo straordinario oncologo e scienziato – è di associare sempre diversi chemioterapici, ovviamente tra quelli che la visita iniziale ha confermato essere attivi sulla specifica neoplasia e compatibili con le condizioni cliniche del paziente. I protocolli standard prevedono di norma un farmaco, al massimo due. Grazie alle combinazioni personalizzate, a volte necessariamente con dosaggi più bassi, si possono invece ottenere alcuni fondamentali risultati a beneficio del malato. Almeno cinque: 1) il primo è

senz'altro di riuscire a mantenere un certo numero di cellule tumorali "sensibili" alle terapie, in modo tale che possano inibire la crescita di quelle resistenti; 2) si aumentano le possibilità di efficacia della cura; 3) si evitano, o quantomeno si posticipano, eventuali "resistenze" ai farmaci, con il vantaggio che, se i *markers* tumorali dovessero risultare in salita, alla seduta successiva lo schema potrà essere modificato; 4) si sfruttano le potenzialità di tutte le molecole utilizzate creando, proprio grazie alla loro combinazione, un reciproco potenziamento e favorendone la sinergia; 5) inoltre, se mi passate l'espressione, si può riuscire a "confondere" il tumore o, se volete, a sviarlo; nel senso che, costringendolo a difendersi contemporaneamente da tre o quattro nemici alleati tra di loro, anziché da uno solo o al massimo due, è molto più probabile che "si scopra" da un lato, diventando così vulnerabile e rendendo quindi più facile colpirlo.

Ovviamente la personalizzazione deve essere fatta da un oncologo di provata esperienza, che conosca bene i dosaggi dei protocolli e che sappia quindi quali chemioterapici si combinano potenzialmente tra loro e quali invece possono andare in conflitto.

98. Suona davvero come una combinazione di strategia e di tattica "di guerra". Ma la domanda sorge spontanea: usando più farmaci, non c'è il rischio di un carico eccessivo rispetto all'utilizzo di uno, massimo due, previsto dai protocolli?

Posso dire che l'obiezione racchiusa nella domanda sarebbe sacrosanta, ma solo ostinandosi a ragionare unicamente sulla base dei protocolli internazionali, che peraltro conosco molto bene avendoli utilizzati in Italia per 22 anni. Proprio qui emerge, infatti, la seconda e fondamentale intuizione del professor Lagarde. Grazie ai suoi studi e alla sua esperienza cinquantennale di medico e oncologo in prima linea, lui ha ribaltato una delle granitiche certezze dell'oncologia: che più potente è la dose del farmaco (o dei farmaci) e più soddisfacente sarà il risultato. Mentre, "forse", non è proprio così. Anzi, basandomi sui risultati che ottengo oggi con il metodo Lagarde – se confrontati con gli esiti standard che ottenevo ieri – direi di poter omettere anche quel "forse".

Mi spiego: la tecnica di somministrazione utilizzata quasi dovunque è la cosiddetta "in bolo", in una sola giornata, cioè in un'unica infusione in dose

elevata e ritenuta proprio per questo (per convenzione) la più efficace. Succede, invece, che così facendo una considerevole parte del farmaco si “disperda” nell’organismo senza colpire il tumore. Inutilmente. Superando così la soglia di ipertossicità, la quantità “inutile” di chemioterapico finisce nel sangue, portando come conseguenza al paziente i ben noti effetti collaterali delle chemioterapie dei quali abbiamo già parlato: dal vomito alle tossicità epatiche, dalla perdita di memoria alla caduta dei capelli. Non solo: l’efficacia della somministrazione giornaliera “in bolo” risulta anche più ridotta come efficacia nel tempo, con l’ulteriore aggravante di dover aumentare il numero delle sedute di infusione (i cosiddetti “cicli” o somministrazioni).

Al contrario, dosaggi suddivisi offrono l’ulteriore vantaggio di poter pianificare le sessioni a cadenza trisettimanale e non plurisettimanale. Non però in una singola seduta e in una sola forte dose, come avviene di norma con il “bolo”, bensì ripartendola su cinque giorni consecutivi, in dosi frazionate che risultano così più “leggere” e quindi meglio sopportabili dai pazienti. E qui è l’altra fondamentale intuizione del professore. Il risultato è proprio di evitare la “bomba” singola e potente di un giorno solo, suddividendola appunto in cinque di portata più ridotta. Si generano così minori danni e al tempo stesso maggiore efficacia, sia immediata sia nel tempo, altro obiettivo importantissimo. La casistica del professor Lagarde – e ora la mia – dimostrano infatti come non dobbiamo sempre “uccidere” il cancro, rischiando però di poter fare lo stesso con il paziente.

Dosaggi a parte, il segreto risiede anche e proprio in questa diversa modalità di infusione, appunto la cosiddetta semicontinua o continua. Il metodo Lagarde riduce effettivamente buona parte delle conseguenze sgradevoli delle chemio, con un abbattimento del 70% degli effetti collaterali, includendo pure la caduta dei capelli, grazie a una specifica integrazione naturale che il paziente può poi proseguire a casa, nelle tre settimane intercorrenti tra un trattamento e l’altro. In tal modo è possibile assicurare una qualità della vita molto alta, quasi normale. Io ho pazienti metastatici che arrivano anche da molto lontano – dalla Francia, dal Belgio o dalla Sicilia – spesso guidando loro stessi l’automobile; e, quando è stagione, dopo la chemio, vanno a farsi il bagno in una piscina o, a poca distanza, nel mare Adriatico.

Per fortuna qualcosa si sta muovendo, sul fronte delle terapie con dosaggi più bassi rispetto agli standard dei protocolli. Voglio ricordare in

proposito l'articolo pubblicato nel febbraio 2016 dalla rivista medico-scientifica *Science Translational Medicine*, in cui si riportano i risultati degli studi di laboratorio condotti dal professor Pedro Enriquez-Navas e dal suo team del H. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute di Tampa (Florida). Risultati che dimostrano appunto come dosi più basse, in chemioterapia, si rivelano maggiormente efficaci nel controllare il cancro, mentre al tempo stesso riducono gli effetti collaterali e lo sviluppo della resistenza ai farmaci. Le cavie trattate con dosi massicce di taxani (Paclitaxel), come quelle usate sui pazienti in base ai protocolli standard, hanno visto sì una riduzione del tumore, che poi però si è ripresentato rapidamente. Al contrario, le cavie sottoposte a un trattamento “consistente nell'iniziare con dosi al principio forti, ma seguite poi da dosi progressivamente più basse”, hanno avuto risultati nettamente migliori. In particolare, scrive la rivista, “questi studi hanno dimostrato che l'80% dei topi trattati con l'approccio progressivo sono rimasti molto più a lungo senza insorgenza di cancro dopo aver interrotto la chemioterapia”.

Ad analoghi risultati sono giunti peraltro pure i ricercatori della Tufts University School of Medicine di Boston, guidati dalla professoressa Giannoula L. Klement: la loro strategia chemioterapica “di adattamento” (detta *adattiva* o *adattabile*), consistente in un iniziale dosaggio elevato del farmaco, poi seguito da quantità progressivamente minori, si è rivelata più efficace nel tenere sotto controllo la crescita del tumore. Il risultato è stato che una percentuale tra il 60 e l'80% delle cavie ha potuto essere gradualmente svincolata dalla chemio, allungando i tempi tra una somministrazione e l'altra. Persino di alcune settimane. E oltretutto senza recidive per lungo tempo.

In altre parti del mondo, insomma, qualcosa si sta muovendo.

99. Quanto ha spiegato prima, soprattutto a proposito di effetti collaterali e qualità della vita, ci ha fatto tornare alla mente una domanda che le volevamo fare all'inizio, ma della quale ci eravamo dimenticati. E cioè: che cosa le chiedono come prima cosa i suoi pazienti?

Forse non ci crederanno in molti, ma posso assicurare che la prima cosa che mi hanno sempre chiesto i pazienti non è “Potrò guarire?”, bensì “Potrò

ritornare a fare una vita normale?”. Tra le tante cose che ho imparato e che imparo ogni giorno “da” loro e “grazie a” loro, condividendone l’angoscia e leggendone i tormenti interiori, prima di quelli del corpo (“I pazienti dovrebbero essere i libri di ogni medico”, diceva il grande Paracelso; e aveva ragione da vendere!), c’è senza dubbio anche questa: ciò che li tormenta di più è la prospettiva di come potrà essere la loro vita futura, una volta ultimate le cure, quando torneranno in famiglia e nella società. Certo, alla guarigione ci pensano, ci mancherebbe! Ma, forse per non illudersi, difficilmente me ne parlano o mi fanno domande sull’argomento. Temono senz’altro molto gli effetti collaterali dei farmaci, così come gli sguardi furtivi o imbarazzati – in bilico tra empatia e immotivato timore – che incroceranno con gli altri. Gli sguardi di chi “sa” di loro e del fatto che siano malati.

Proprio per questo, da quando ho il privilegio di poter utilizzare il metodo Lagarde, le mie interminabili giornate di lavoro mi sembrano durare di meno. Perché già solo poter vedere pazienti che anche dopo una lunga infusione non vomitano, stanno bene, mi sorridono, si danno appuntamento per cena al ristorante e magari mi mandano filmatini in cui ballano e fanno karaoke, è e dovrebbe essere la prima preoccupazione – e ricompensa! – per chiunque faccia l’oncologo. Per me senz’altro lo è; ed è al tempo stesso la “benzina” per andare avanti e combattere al loro fianco.

Del resto, la volontà di migliorare la loro qualità della vita, sia durante sia dopo la terapia, è sempre stato il mio principale assillo, fin dall’inizio. Così, ragionando e studiando autonomamente, iniziai a mettere insieme i pezzi per cercare di capire il perché di quei sintomi post-chemio come il vomito o la stipsi, i disturbi epatici e i rash cutanei. Un *perché*, infatti, ci dev’essere e c’è sempre, in Medicina. E tocca a noi dottori scoprirlo. Non si può liquidare un malato oncologico, una persona che soffre, con un: “Lei sta somatizzando”, cosa che purtroppo tanti pazienti mi hanno riferito di essersi sentiti dire. Il malato oncologico soffre e non può certo permettersi il “lusso” di somatizzare. E quella frase, così sbrigativa e oggettivamente “cattiva”, almeno a me suona peggio di una bestemmia.

Ovviamente conscia dell’evidente impossibilità di eliminare del tutto quei sintomi sgradevoli o dolorosi, all’epoca mi imposi di fare quantomeno il possibile per ridurli. Finché ebbi l’intuizione di quale peso poteva avere l’alimentazione nell’aggravare, o per converso alleviare, gli effetti collaterali. Almeno parte di essi. Per capire, bastava osservare quali follie

alimentari arrivavano ogni giorno, tre volte al giorno, sui vassoi della mensa. Ragionandoci sopra – da medico! – potevi spiegarti il perché di certe conseguenze. Perché perfino a pazienti oncologici metastatici venivano incredibilmente serviti i medesimi menu dati a chi, magari, era ricoverato in ortopedia, in piena salute, ma soltanto con un gesso alla caviglia rotta il giorno prima giocando a calcetto.

Qualche esempio di follie alimentari ospedaliere? Esordio con l'immane e nefasta pastina in brodo di dado (cioè la sommatoria di glutine, glucosio e glutammato!); a seguire stracchino e/o prosciutto cotto (cioè ormoni animali e fattori di crescita, più caseina e/o carne di maiale, che è la più malsana delle carni, per di più lavorata!), con accompagnamento di "badilate" di purea di patate in polvere (zuccheri, amidi, farine, addensanti e altra caseina del latte!) per riempire le pance a basso costo; infine, vaschette di purea di frutta o macedonie conservate in grandi latte d'alluminio (bombe di zuccheri che, come ho già detto, sono il cibo preferito dei tumori, più ampie "tracce" di uno dei metalli più nocivi alla salute!). Tutti i giorni così. Tutta roba che non darei da mangiare nemmeno a una persona sana, figuriamoci a un malato di tumore!

Si rivelarono inutili anche le incursioni a sorpresa che facevo in mensa per scoprire se nei frigoriferi ci fossero ancora fetenzie come l'economicissimo pangasio, pesce che arriva dai fiumi del Vietnam, zeppi di veleni chimici. Scovato, chiesi in direzione l'impegno di eliminarlo e di non spacciarlo più ai malati per merluzzo o altro. Ma la promessa durò poco. Così decisi di agire altrimenti. Di nascosto dal primario, iniziai a dare sottovoce i miei suggerimenti alimentari ai pazienti, magari mentre misuravo loro il battito cardiaco o la pressione. Da allora, le giornate in cui toccava a me gestire il day hospital per le chemioterapie, cominciarono ad affollarsi. E i malati diradavano negli altri giorni. Il fatto è che almeno i pazienti esterni, quelli cioè non ricoverati, potendo scongiurare il "rischio mensa" e seguire a casa le mie linee guida alimentari, stavano via via meglio anche dopo le chemio: non vomitavano più, erano tornati "regolari" con l'intestino, avevano visto sparire i rash cutanei. E si passavano parola.

Poi, un giorno, essendomi dimenticata di parlare sottovoce, fui colta sul fatto dal mio capo di allora; il quale, con scarsissimo tatto professionale e palese maleducazione, trasformò la sala del day hospital in un mercato rionale, urlando e prendendomi a male parole senza alcun rispetto per i poveri malati. Rivedo ancora i loro volti: attoniti e imbarazzati, non

sapevano dove guardare. Io incassai il colpo, perché fortunatamente ho la pelle molto dura. Ma dal giorno dopo, alla richiesta di un nuovo paziente – “Dottoressa, io inizio oggi, ma gli altri mi hanno detto che grazie ai suoi consigli alimentari non vomitano più. Li può dare anche a me?” – ripresi a dare i miei suggerimenti senza pensarci un attimo. Con uno stratagemma, in onore al mio 50% di sangue siciliano: mentre ero china su di loro per controllare il battito o altro, facevo scivolare nelle tasche o nelle borsette dei “pizzini”. Sì, bigliettini scritti e ripiegati in quattro.

Succedeva in un noto ospedale milanese: non un secolo fa, ma negli anni Duemila!

Poi, nel 2015, visto che purtroppo il pesce pangasio, la pastina in brodo, i libri contabili della mensa e soprattutto la “chiusura mentale” erano ritornati a vincere sul buonsenso, ho rinunciato da un giorno all’altro a posto fisso e pensione accettando con entusiasmo – e rischiando di mio, con tanto tremor di polsi, lo confesso – la prestigiosa offerta del professor Lagarde, raccogliendo la sua eredità professionale a San Marino. Scelta della quale non mi pentirò mai.

100. Da non credere davvero! Siamo però arrivati così all’ultima domanda: la centesima, al tempo stesso tecnica e “umana”. Quali sono le forme di cancro delle quali lei ha maggiore paura, nel senso che sa essere più cattive e, a oggi, le più difficili da affrontare?

Dal mio punto di vista strettamente professionale potrei dire che a oggi il cancro al pancreas rimane, forse, la peggiore “bestia nera” di chi fa il mio mestiere: sia perché è particolarmente spietato, sia perché le armi che abbiamo al momento a disposizione per combatterlo non sono ancora particolarmente numerose e altrettanto potenti rispetto ai farmaci sui quali possiamo contare per altri tumori, come per esempio quello al seno, sempre se preso per tempo. Così come nemici terribili di ogni oncologo rimangono i melanomi, i sarcomi o le neoplasie cerebrali, tutti tumori dei quali negli ultimi anni sto notando, per di più, una marcata recrudescenza. E lo stesso posso dire delle neoplasie al colon e più in generale a tutti gli altri organi dell’apparato gastrico e digerente. Ma voglio ricordare anche i tumori del cosiddetto distretto “testa-collo”, particolarmente cattivi e aggressivi.

La “vera verità” è che non esiste tumore che possa essere preso sottogamba, così come nessun altro disturbo o sintomo, perché la possibilità che esso evolva, diventando “altro”, esiste sempre. Questo concetto l’ho già espresso in una delle mie cento risposte alle vostre cento domande ma, come mio solito, voglio ribadirlo con forza: non è giusto, anzi è poco corretto parlare di tumori benigni. Ci sono senz’altro tumori meno aggressivi e più curabili di altri, specie se presi tempestivamente, ma ritengo che la convenzionale suddivisione accademica – in benigni e maligni – sia fuorviante e quindi potenzialmente pericolosa. Lo dico perché penso che possa portare – tanto il medico, quanto il paziente – a sottovalutare la patologia, ignorando così le regole di un corretto stile di vita. Lo dico anche perché molte patologie che erroneamente siamo portati a considerare “banali”, o “minori”, possono purtroppo evolvere in peggio. Anche le malattie autoimmuni che affliggono il nostro mondo moderno sono in grado di diventare neoplasie; per esempio il morbo di Crohn, capace di trasformarsi in tumore del colon retto o dell’intestino tenue. Lo stesso può succedere per un’infezione da virus (l’HPV può dare origine a un tumore all’utero). Così come una cisti pancreatica è in grado di diventare tumore del pancreas proprio perché è dall’infiammazione ripetuta e trascurata che può scaturire un cancro. Non mi sembra di dover aggiungere altro per far capire quanto sia concreta la possibilità che, a maggior ragione, un tumore cosiddetto “benigno” possa salire di grado e diventare cancro. Proprio per questo, se mi chiedete quali sono i tumori che temo di più, la mia più sincera e completa risposta è una sola: TUTTI!

Ne devo però aggiungere altri. Sono “tumori” che non si vedono e non si toccano, ma che hanno un elevato potenziale di pericolosità. Possono colpire proprio noi medici e sta quindi a noi autodiagnosticarci e curarli per tempo per far sì che non vadano a danneggiare ancora di più i nostri pazienti. Si chiamano *superficialità*, *neghittosità*, *distacco*, *banalizzazione*, *generalizzazione*, *rigidità mentale*, *schematismo*, *fretta*, *indifferenza*, *incomunicabilità* e anche *ignoranza* (non in senso offensivo, ma nel senso più letterale del termine, e cioè la condizione di chi appunto “ignora” troppe cose). E ovviamente c’è il peggiore di tutti: la *disumanità*. Perché ogni paziente merita soltanto definizioni maiuscole: in quanto è un Essere Umano; è una Vita, alla quale sono per di più legate tante altre esistenze, quelle di parenti e amici; ma è soprattutto una singola, irripetibile e meravigliosa Unicità, che non è e non potrà mai essere un numero statistico.

Spero di aver detto tutto, di aver raccontato in modo esauriente quantomeno quello che so e che ho imparato dai malati in questi 25 anni al loro fianco, schierata sempre e soltanto dalla loro parte. E spero, soprattutto, di averlo detto e spiegato in modo chiaro. Grazie!

Della stessa collana

Mangiare bene *per* sconfiggere il male



LA BATTAGLIA CONTRO I TUMORI INIZIA A TAVOLA. RIVOLUZIONIAMO LE NOSTRE – TROPPE! – CATTIVE ABITUDINI

di Maria Rosa Di Fazio

Prima edizione: settembre 2016

Pagine: 160 • Formato: 14 x 21

Brossura con risvolti • Prezzo: 14,00 €

Isbn: 978-88-6939-069-2

Le ricette di Mangiare bene *per* sconfiggere il male



**DALLA SPESA COSCIENTE AGLI ATTREZZI DA CUCINA, DALLE MATERIE PRIME
“AMICHE” AL MODO CORRETTO DI CONSERVARE LE PIETANZE, PER FARNE DI
COTTE E DI CRUDE, MA CON FANTASIA E CON UN UNICO OBIETTIVO: LA SALUTE**

di Maria Rosa Di Fazio *con* Guido Mattioni

Prima edizione: settembre 2017

Pagine: 176 • Formato: 14 x 21

Brossura con risvolti • Prezzo: 14,90 €

Isbn: 978-88-6939-164-4

Segui la casa editrice su

[*www.mindedizioni.com*](http://www.mindedizioni.com)

[*www.facebook.com/mindedizioni*](http://www.facebook.com/mindedizioni)

e gli autori su

[*www.facebook.com/mangiarebenepersconfiggereilma
le*](http://www.facebook.com/mangiarebenepersconfiggereilma
le)