

L'Italia  
che funziona.



A sinistra, Teresa con sua figlia Marika e, qui sopra, la nostra inviata con il responsabile del Servizio.

# L'ambulatorio dove le piccole mamme crescono

Nel 2010 in Italia le madri minorenni erano 5.000. Molte di loro, lasciate sole con i bambini, rischiano di essere travolte dalla fatica e dall'ansia. Ecco perché a Milano è nato un centro per sostenerle: qui si assicurano e imparano a chiedere aiuto quando serve

di Rosella Simone - Foto di Isabella De Maddalena

Sharon gioca con Nicolas, il suo bambino, che borbotta soddisfatto perché oggi ha imparato a gattonare, il sederino all'aria. Teresa invece tiene Marika, la sua piccola di cinque mesi, tra le braccia: «È birichina, a casa non dorme, qui invece è calmissima. Forse c'è qualche polvere magica».

### Attraverso il gioco

Siamo nel Servizio accompagnamento alla crescita per giovani madri e i loro bambini dell'Ospedale San Paolo di Milano, una stanza al secondo piano in via Famagosta 46, con una scrivania, un computer, un materasso blu con cuscini e tanti giochi. Che cosa succede in questo centro, nato nel maggio scorso per sostenere le madri giovani,

minorenni o ancora adolescenti? «Più che altro, raccontiamo alle mamme lo sviluppo del bambino: perché fa certe cose ora, cosa farà il mese prossimo, quali attività proporgli, come stimolare il linguaggio e il movimento» spiega la psicomotricista Margherita Moiola. «Lo strumento più efficace sono i feedback. Video di cinque minuti, in cui vengono riprese situazioni di gioco tra la madre e il bambino. Ci servono soprattutto per far capire alla neomamma quello che è "già" in grado di fare». Per esperienza, infatti, gli operatori sanno che è meglio incoraggiare, più che indicare ciò che non va. Perché se fare la mamma non è facile per nessuno, per delle ragazze, passate in

nove mesi dalla confusione dell'adolescenza a preparare biberon e pannolini, le difficoltà aumentano e con loro i rischi. «Quando avevo 14 anni ho fatto la "fuitina" in Calabria a casa dei genitori di lui che mi hanno accolto bene» racconta Teresa, che oggi ha 21 anni. Poi, tornati al Nord, lui lavora e lei sta in casa a guardare la tele; poco per sconfiggere la noia. E così è arrivata Marika a riempire di senso la vita di Teresa: quasi cinque chili di bambina, dai capelli rosso fuoco. «Dicevo sempre che rossa non la volevo, che le avrei tinto i capelli. Ma quando me l'hanno appoggiata sul seno, me ne sono innamorata; così appena è entrato lui, gli ho detto, e avevo le lacrime

agli occhi: "Sono contenta, non voglio tingerle i capelli!". «Prima di rimanere incinta mi piaceva guardare le storie delle baby mamme su Mtv» confida Sharon, 20 anni appena compiuti. «Anche se non condividevo la scelta di chi dava i figli in adozione. Se a 16 anni sei pronta per andare a letto con il tuo compagno, devi esserlo anche per le conseguenze. Io poi sono sempre stata abituata ad avere per casa bambini da accudire, tra fratelli e cugini. Ma un figlio è diverso. Lui è mio».

E allora la responsabilità e la fatica si fanno più grandi e c'è bisogno di aiuto: «Cerco di

una  
lettrice ci  
scrive

### UNA FIGLIA A 18 ANNI

*Ho avuto la mia prima figlia a 18 anni e, quando sono diventata madre, mi sono ritrovata da sola e ho avuto parecchie difficoltà. Mi sarebbe piaciuto poter contare sull'appoggio di un ambulatorio.*

Eleonora Giunetti (via e-mail)



Due mamme assistite dal Servizio di accompagnamento alla crescita dell'Ospedale San Paolo: in alto, Teresa con Marika e, qui sopra, Sharon con suo figlio Nicholas.

uscire il più possibile, perché il bambino a casa non ci vuole stare. Così vengo qui, a lui piace, ha i suoi giochi e si diverte» racconta Sharon.

**Famiglie svantaggiate**

«L'obiettivo non è trasformare le ragazze in mamme adulte» precisa la psicologa Simona Gazzotti. «Ma aiutarle a trovare, ognuna secondo il suo stile, il modo di stare bene e divertirsi con il bambino». Insomma, il "segreto" di questa Italia che per funzionare chiede solo una stanza e fondi relativamente modesti è tutto qui. Insegnare, con il gioco e con un'accoglienza affettuosa come diventare una mamma "sufficientemente" buona anche se si ha ancora l'età per essere figlie. Le ragazze sono seguite, prima in gravidanza, dalla dottoressa Giusi Sellitto all'interno nell'ambulatorio della Clinica Ostetrico Ginecologica

del San Paolo; e in questo centro dopo il parto. Con questo progetto, nato per volontà congiunta dell'Ospedale San Paolo, della Fondazione Ambrosiana per la vita e della Fondazione Cariplo, si vuole affrontare un fenomeno che diventa ogni anno più preoccupante. Nel 2010, in Italia le madri minorenni erano 5.000, 286 al di sotto dei 15 anni. A Milano, da 253 nel 2009, sono diventate 340 nel 2010.

“ Il progetto è attivo da qualche mese ed è aperto a chiunque ne faccia richiesta

«La maggioranza, il 62%, è italiana» dice il neuropsichiatra infantile Alessandro Albizzati, responsabile del Servizio. «Appartengono a famiglie svantaggiate dove la gravidanza precoce si associa, nel 50% dei casi, a mancato accudimento o, addirittura, a maltrattamenti. E il dolore psichico può esprimersi attraverso il corpo e diventare anoressia, bulimia o anche un "pancione" che arriva troppo presto». Ma comunque, fortemente voluto. «Marika è una mia scelta» assicura Teresa. «Quando ho saputo di essere incinta ero superfelice. L'ho sempre detto: non ho vizi, non mi piace andare in giro né a ballare; voglio solo godermi la mia bambina il più possibile». Ma anche così ci vuole qualcuno che sappia insegnare alle ragazze a riconoscere la fatica e a farsi aiutare per superarla. Cosa importantissima per Sharon e Teresa che, per motivi diversi, sono cresciute senza una mamma vicina. «Ero incinta e in tivù avevo sentito una donna che, a causa della depressione post-parto, sta-

va per buttare nella stufa il terzo figlio» dice Sharon. «E ho avuto paura. Parlandone con Giusi, la neuropsichiatra che mi seguiva in gravidanza, ho saputo che potevo avere un aiuto anche dopo il parto. Nicholas è nato alle 19.24 e alle nove del giorno dopo Margherita è venuta a trovarmi. Vengo qui perché riesco a liberarmi dalle ansie; del lavoro che non si trova, dell'affitto da pagare, del nido che non ha posto per il bambino». «Da quando è nata Marika è la cosa più importante per me, anche se sono stanca ed esaurita» dice Teresa e continua.

**Un servizio gratuito**

Così abbiamo capito meglio in cosa consiste la "polvere magica" che rassicura mamme e bambini: «Garantire alle madri uno spazio sicuro in cui elaborare quello che hanno vissuto ed esprimerlo senza essere giudicate» sintetizza Margherita Moio. Il Servizio è gratuito e aperto a tutti. Info: tel. 0281842464, mail a: giovannigravidanze@ao-sanpaolo.it o gruppo Facebook: Progetto giovani mamme. ●



Sharon, con il suo bambino. A sinistra, la locandina del Servizio.



**Ricerca** Il progetto finanziato dall'Airc. Domani al Quirinale la nuova campagna per la raccolta di fondi

# Cancro, i farmaci dalla doppia vita

## Un nuovo «cocktail» per il tumore al colon, i test a Milano

### Heracles

È uno dei progetti dell'Associazione italiana per la ricerca grazie al 5 per mille

MILANO — Esistono farmaci approvati per un tumore che possono funzionare anche su altri. E viceversa. Una «doppia vita» che apre nuove prospettive. Tutto dipende dai geni delle cellule malate, tutto dipende dalla persona malata. E la ricerca corre veloce nella nuova cultura del laboratorio al letto del malato. Anche in Italia, e senza dover «emigrare». Domani la scienza internazionale leggerà di una scoperta che apre nuove prospettive per i malati di cancro al colon resistenti ai biofarmaci «intelligenti» approvati per loro. Questi malati, un 30 per cento, hanno un tipo di «gene» tumorale che risponde invece a medicinali in uso per altri cancri: al seno e allo stomaco. Un «cocktail» che sarà sperimentato sui pazienti già da marzo-aprile 2012, tempi burocratici permettendo, al Niguarda Ca' Granda di Milano, dove c'è la «mente» clinica del progetto Heracles (così si chiama lo studio).

La novità è importante perché riguarda un big killer che ogni anno colpisce un milione di persone nel mondo. E per questo divulgata da domani su *Cancer Discovery*, rivista dell'*American association for cancer research*. Articolo di un team multicentrico italiano guidato da Paolo Comoglio, direttore scientifico dell'Istituto di ricerca sui tumori di Candiolo (Torino). Tra le firme Andrea Bertotti, Livio Trusolino, Alberto Bardelli, Enzo Medico, Anna Sapino e Salvatore Siena (oncologo clinico dell'ospedale Niguarda Ca' Granda). Silvia Marsoni (Candiolo) ha coordinato la fase preclinica.

In pratica è la vittoria della nuova cultura della ricerca: dal letto del paziente al laboratorio, dalla farmacogenomica di nuovo al letto del paziente. Nuova cultura che corre veloce: dopo un solo anno dall'ipotesi iniziale già si può sperimentare la soluzione. E che porta a una considerazione: il farmaco oggi è sempre più dipendente

dal paziente e non dalla malattia. E non può più essere «etichettato» burocraticamente. Le agenzie che approvano i nuovi farmaci ne devono tener conto. Così come i governi che, quando si tratta di tagliare come in questo periodo di grave crisi, colpiscono ricerca e sanità. Sono anche le paure dei malati (indagine Censis-Favo).

Per fortuna la scienza va avanti comunque. Per spiegare l'insuccesso delle cure sul colon, i ricercatori italiani hanno messo a punto un sistema innovativo che valuta contemporaneamente le caratteristiche molecolari di ciascun tumore e la reazione ai farmaci. Così è stata identificata un'anomalia genetica, l'amplificazione dell'onco-gene Her2, presente nel 30% dei tumori «resistenti». Studiata sui topi di laboratorio, ha portato a un test per scoprire i malati «Her2» (sperimentazione già partita) e alla nuova cura con «vecchi» farmaci. Molecole dalla doppia vita. Spiega Siena: «Il *trastuzumab* e il *lapatinib*, biomedicinali usati per la mammella e il carcinoma gastrico, agiscono nei malati al colon-retto "resistenti"». Un «cocktail» di farmaci molecolari già disponibili per l'appunto nell'armamentario terapeutico corrente.

La velocità della pipeline di ricerca, un solo anno in tutto (due anni prima del previsto), lo si deve anche ai fondi. Heracles è un progetto 5 per mille dell'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc). E il valore «della velocità della ricerca» è il tema della Giornata Airc che avrà il clou domani al Quirinale con la benedizione di Giorgio Napolitano. Lo stesso tema animerà tutti gli appuntamenti previsti (oggi e domani) per creare cultura della ricerca. In Rai, nelle università, ma soprattutto nelle scuole superiori secondarie italiane. Il nuovo obiettivo Airc: favorire una didattica che preveda il coinvolgimento attivo degli studenti.

**Mario Pappagallo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## L'indagine

Ecco alcuni dei dati emersi dall'indagine sui pazienti oncologici realizzata dal Censis, con la Favo, alla quale hanno partecipato più di 1.000 pazienti e oltre 700 caregiver

### 274 mila

le persone che, per un tumore, negli ultimi 10 anni sono state licenziate, costrette alle dimissioni o a cessare l'attività

### 2,2 milioni

gli italiani che in Italia hanno avuto nella loro vita una diagnosi di tumore

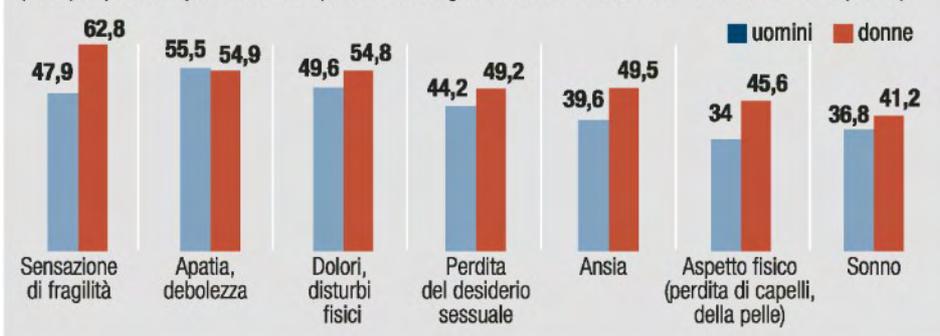
### 57%

i pazienti che hanno superato la malattia da 5 anni e circa 800 mila da almeno dieci anni

### 66%

i malati convinti che vi siano disparità regionali nelle opportunità di cura

I principali problemi psicofisici che i pazienti oncologici dichiarano di avere a causa della malattia (val. %)



### 25,7%

i pazienti preoccupati che le disparità regionali nell'accesso alle cure possano aumentare

### 1 milione

gli italiani che ogni anno migrano dal Sud al Nord per ottenere terapie innovative

### 6,7%

la percentuale degli intervistati non autosufficienti

### 82,5%

i malati che contano su una persona di riferimento, in particolare mogli o conviventi (62,3%)

Fonte: Censis - Favo

CORRIERE DELLA SERA

## Iniziative

### Napoli In tv

Maratona Rai per la raccolta fondi e per la divulgazione scientifica all'interno di trasmissioni tv e radio. Madrina Antonella Clerici (foto)

### Gli studenti

Oggi e domani i ricercatori Airc incontreranno i ragazzi di 60 scuole secondarie, gli studenti di Politecnico e Università di Milano, quelli della Sapienza a Roma e della Federico II a

**L'INIZIATIVA DUE GIORNI DI STUDIO ALL'OSPEDALE SAN PAOLO**

# Contro cancro al polmone gli specialisti a confronto

## Bari, videoconferenze da Usa e Giappone

● Oggi e domani all'ospedale San Paolo di Bari, nell'ambito della rassegna «Incontri tra specialisti» Stati Uniti e Giappone chiameranno il capoluogo pugliese per parlare di problemi polmonari.

Nelle videoconferenze, organizzate dall'equipe di Chirurgia toracica diretta da Paolo Sardelli, saranno affrontate la diagnosi e la cura del mesotelioma pleurico maligno e del nodulo solitario

Tra tutte le forme di mesotelioma maligno quello pleurico è il più frequente. Rappresenta da solo circa l'80% di tutti i mesoteliomi ed è tristemente noto come il cancro causato dall'esposizione all'amianto. Il nodulo solitario del polmone, invece, può essere benigno o maligno a seconda delle caratteristiche morfologiche.

Oggi si discuterà su «Mesotelioma pleurico maligno» in collegamento con l'equipe della dr. Rusch dal Sloan-Kettering di New York, mentre domani oggetto della videoconferenza sarà il «Nodulo solitario del polmone» in collegamento con l'equipe del dr. Ken Kodama da Osaka.

Tutte le relazioni saranno discusse dai maggiori esperti ita-

liani ospitati nell'aula di videoconferenze di Chirurgia toracica. L'aula didattica, già fornita di strumentazione tecnica all'avanguardia, è stata per l'occasione dotata di ulteriori sistemi per ottimizzarne la qualità. A distanza di circa dieci giorni sarà possibile inoltre rivedere gratuitamente le videoconferenze in streaming, sia in italiano che in inglese, collegandosi al sito [www.chirurgiatoracicabari.org](http://www.chirurgiatoracicabari.org).

L'obiettivo di Paolo Sardelli e della sua equipe è di dar vita ad un evento capace di offrire un quadro chiaro dello «stato dell'arte» di due patologie diverse ma di straordinario interesse multidisciplinare, avvalendosi di un sistema efficace, rapido ed economico ma soprattutto, attraverso internet, fruibile da tutti.



**L'incontro Aire****Dal genoma alla cura, la ricerca corre veloce****Giancarlo Vecchio\***

**A** che punto siamo e in che direzione va la ricerca oncologica? Queste domande ricorrono spesso quando i responsabili dei mezzi di informazione si rivolgono agli addetti ai lavori. Anche a queste due domande tenteranno di rispondere i ricercatori impegnati negli incontri che l'Associazione Italiana per la Ricerca sul cancro (AIRC) organizza, come ogni anno, anche quest'anno. A Napoli l'incontro scientifico della Giornata Nazionale organizzata dall'AIRC si terrà domattina presso l'Aula Magna "Gaetano Salvatore" della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo Federico II. L'incontro di quest'anno è dedicato in particolare agli studenti delle Facoltà scientifiche dell'area biomedica. A loro, così come anche a tutto il pubblico laico fortemente sensibile a questi problemi, i ricercatori che lavorano nel campo dell'oncologia tenderanno di far toccare con mano gli enormi progressi che la ricerca ha raggiunto in questo settore negli ultimi dieci anni. A loro, in particolare, verranno tracciate le linee generali su cui bisognerà che la ricerca si concentri in futuro e le sfide importanti che bisognerà affrontare, soprattutto con l'aiuto delle giovani leve della ricerca futura da loro rappresentate, per debellare completamente questa malattia che ancora suscita timore. Ma quali sono i risultati più importanti raggiunti negli ultimi anni? Uno dei più eclatanti è venuto dallo studio dei rapporti tra malattie infettive e tumori.

Circa 200.000 donne muoiono ogni anno nel mondo per cancro della cervice uterina, un tumore strettamente associato con il virus del papilloma umano (HPV). Un vaccino contro HPV è stato il primo anticancro ad essere sviluppato in questi ultimi anni e ridurrà l'inci-

denza del cancro della cervice uterina. Dieci anni fa circa veniva decifrato il genoma umano normale, la sequenza di tutti i geni funzionali presenti nel nostro DNA. In questi dieci anni la ricerca in oncologia si è concentrata sull'analisi del genoma dei vari tipi di tumori, grazie anche ai grandi progressi della tecnologia. Queste ricerche hanno condotto alla generazione dell'Atlante del Genoma del Cancro. Si è così riusciti a distinguere le poche alterazioni che si riscontrano in alcuni geni (mutazioni) che sono responsabili della crescita neoplastica (e quindi particolarmente importanti) dalle molte mutazioni "passeggere", che si riscontrano frequentemente in molti genomi tumorali, ma che sono irrilevanti ai fini della trasformazione neoplastica. Qual è il risvolto pratico di queste ricerche? L'aver identificato queste mutazioni importanti (delle vere e proprie "firme" molecolari apposte dal tumore sulle proprie cellule) ha permesso di disegnare delle terapie specifiche che agiscono solo contro i geni alterati delle cellule neoplastiche e risparmiano le cellule normali circostanti (le cosiddette terapie biologiche). Questi sono solo alcuni degli straordinari risultati ottenuti negli ultimi dieci anni. Quali sono le direzioni future della ricerca? I tumori di origine infettiva rappresentano un campo di ricerca importante anche per il futuro. Il governo cinese ha pianificato un vasto programma di

immunizzazione utilizzando il vaccino contro il virus dell'epatite B. Questa vaccinazione dovrebbe ridurre l'incidenza del cancro al fegato. L'incidenza dei tumori associati ad infezioni dovrebbe diminuire drasticamente nei prossimi 10 anni grazie a questo tipo di programmi. I programmi di "screening" per alcuni marcatori tumorali, come l'alfa-feto proteina (AFP) per il cancro del fegato e il PSA (antigene prostata-specifico) per il cancro della prostata si sono rivelati molto utili. Sulla base di questi risultati positivi altri biomarcatori tumorali verranno inclusi negli esami medici di routine. Infine gli "screenings" per marcatori tumorali specifici guiderà e farà aumentare lo sviluppo della medicina cosiddetta "personalizzata", vale a dire una medicina che si adatta al singolo paziente e non cura in maniera indiscriminata tumori diversi in pazienti diversi. L'AIRC ha svolto e svolge un ruolo fondamentale nel sostenere questo tipo di ricerca e pertanto la sua azione meritoria va fortemente sostenuta.

\* Professore emerito, Università di Napoli Federico II e membro del Comitato AIRC Campania.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## UNA GUERRA INFINITA

## La storia millenaria del cancro

*Nello studio «L'imperatore del male»  
l'oncologo indo-statunitense  
Siddharta Mukherjee ricostruisce  
l'evolversi del lungo rapporto  
tra la specie umana e una patologia  
che ci accompagna dall'antichità*

Battezzato da Ippocrate, studiato da Galeno, a lungo trattato solo con la chirurgia, il cancro è un processo di crescita cellulare che pare seguire un preciso progetto

**Franco Voltaglio**

Il cancro, indipendentemente dal sito e della parte, organo o sistema dell'organismo investito, è una patologia dei tessuti specifica e sempre identica a se stessa, contrassegnata da abnorme proliferazione di cellule irregolari che danno origine a una nuova formazione (*neoplasia maligna o carcinoma*) e, se il processo morboso progredisce, da una graduale dislocazione (*metastasi*) delle cellule maligne in siti relativamente distanti dal focolaio principale. La sua malignità è tale da farlo percepire come il principe incontestato di tutte le malattie, un essere vero e proprio la cui storia può essere ricostruita alla stregua della biografia di un eroe malvagio. È quel che ha fatto Siddharta Mukherjee, medico e oncologo indiano, docente nella Columbia University di New York, Premio Pulitzer 2011, in un libro per molti versi straordinario: *L'imperatore del male. Una biografia del cancro*, Neri Pozza, 2011, pp. 736, euro 19.

**L'ipotesi di Galeno**

Il cancro era conosciuto già nel XIII secolo a.C. dell'Egitto faraonico, ma solo nel V secolo a.C. i medici greci della Scuola di Cos, fondata da Ippocrate (460-370 a.C.), ne dettero una descrizione precisa e fu, pare, lo stesso Ippocrate a chiamarlo *karkinos* (alla lettera «granchio» - donde il nostro «cancro» - per la forma assunta nel suo sviluppo). Proprio dalla scuola di Cos comincia l'indagine sulla causa della malattia per mettere a punto la cura, ma l'indagine è disperante. Il tumore maligno non appare come un mor-

bo epidemico, tale da ipotizzarne la genesi in un male esogeno di natura divina che «visita» una popolazione (il termine greco *epidemia* significa, per l'appunto, «visita a un demo»), ma piuttosto come una patologia degenerativa apprezzabile soprattutto in individui anziani e perciò quasi una *malattia rara* data l'allora modestissima attesa media di vita alla nascita (24-30 anni).

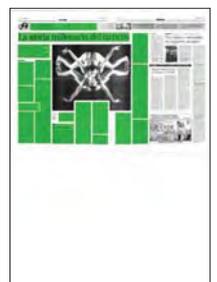
I tratti degenerativi tipici del cancro vengono così ricondotti a un fattore endogeno che, parecchi secoli dopo, il grande medico greco Galeno (128-200 d.C.), crede di cogliere nella condotta di uno degli umori, la *bile nera* (*mélaina cholé*) che, sovrabbondante, ristagna in una parte del corpo provocando ora la depressione o *melanconia* ora il cancro, ma, talvolta l'uno e l'altra, al punto che, per paradossale che possa essere, il secondo finisce con l'essere considerato (nella tarda tradizione galenica) una conseguenza della prima. L'ipotesi di Galeno si dimostrò comunque del tutto fantastica quando nel Rinascimento i progressi dell'anatomia evidenziarono la totale inesistenza della bile nera. La correlazione da lui stabilita tra cancro e «umor nero» aveva tuttavia un forte potenziale esplicativo. Metteva infatti in chiaro una verità che sarebbe emersa solo in epoca recentissima. La causa del terribile morbo va infatti ricercata non fuori, ma dentro il corpo umano.

A partire dalla seconda metà del '700 i casi di cancro presero a moltiplicarsi rispetto al passato. Come oggi sappiamo, a causa dell'ambiente degradato dei centri urbani nella prima rivoluzione indu-

striale, il cancro era ormai diventato una minacciosa presenza. Questa situazione rinverdi, da un lato, l'immagine medievale del morbo come quella di un mostro che dall'esterno si avventa sul corpo umano, dall'altro l'adozione, da parte della medicina istituzionale nel suo complesso, di una condotta cui si ricorre sempre a fronte di mali la cui eziologia è sconosciuta: *pensare ai rimedi* e poi, sulla scorta delle esperienze terapeutiche, rifarsi a queste per trovare la chiave per scoprire la causa.

**Danni collaterali**

A fronte dell'impellente esigenza sociale di una risposta tagliata sul bisogno, la medicina istituzionale rispose mobilitando la chirurgia che, ormai non più arte di barbitonsori, formava chirurghi degni di esser definiti «mani pensanti». Protagonista di questa svolta fu tra gli altri il chirurgo scozzese John Hunter (1728-1793) che, acquisita una grande competenza di anatomo-patologo, asportò numerosi cancri (solidi) operando una sapiente distinzione tra quelli amovibili e quelli ormai diffusi nell'organismo (*metastatici*).



Sulla scorta di Hunter e di altri grandi chirurghi, all'inizio soprattutto inglesi e francesi, poi tedeschi e americani, la chirurgia nel XIX secolo fu a lungo la principale, se non addirittura l'unica arma strategica contro il cancro. Un'arma che affina le sue tecniche rendendole sempre più efficaci come quando l'americano

William Stewart Halsted (1852-1922) introdusse la mastectomia radicale, una procedura avverso il cancro del seno che oltre a comportarne l'ablazione totale, implicava altresì l'asportazione dei muscoli sottostanti e dei linfonodi relativi.

In buona sostanza, tuttavia, la chirurgia non eliminava il cancro, ma si limitava ad *estirparlo*, con l'aggravante che la sua natura invasiva era pagata a caro prezzo dai pazienti in termini di *danni collaterali*, nonché di vere e proprie (e spesso inutili) mutilazioni. Una procedura innovativa cruciale come l'introduzione dell'anestesia, pur migliorando certamente la fattibilità e la tollerabilità degli interventi, non ne ridusse il carattere invasivo. L'adozione dei raggi X per l'estirpazione del cancro, in sostituzione della chirurgia, anche se spesso a questa associata, portò tuttavia all'attuazione di strategie concluse spesso con remissioni.

Negli anni immediatamente precedenti la Seconda Guerra Mondiale il cancro costituiva tuttavia un problema irrisolto. Nel 1937 la rivista americana «*Fortune*» pubblicava un articolo in cui se ne riassumeva la situazione nel mondo e in particolare negli Usa: crescita esponenziale dei casi, incertezza diagnostica, concentrazione esclusiva della cura nella chirurgia e nella radioterapia. Di lì a poco, tuttavia, le cose presero a cambiare e l'epicentro del cambiamento furono proprio gli Stati Uniti. La sanità americana fu investita da un inedito interesse da parte del Governo e contemporaneamente cominciarono a intervenire decise novità nella ricerca. Attenzione governativa e della classe dirigente americana in generale, da un lato, e innovazioni terapeutiche corsero in parallelo avvitandosi in un circolo virtuoso. A dare l'avvio all'opera di contrasto fu, indirettamente, la vicenda di un'epidemia infettiva e di un suo illustre malato, Franklin Delano Roosevelt, presidente degli Stati Uniti dal 1933 al 1945, anno della sua morte. Roosevelt, già vittima nel 1921 della violenta epidemia di poliomielite che infuriava soprattutto tra i bambini (conosciuta perciò come *paralisi infantile*), candidandosi nel 1936 per la prima conferma del mandato, contro il parere dei suoi consulenti si presentò in pubblico in carrozzella e, una volta confermato, promosse nel 1937 una fondazione nazionale per sostenere la ricerca sulla paralisi infantile. Mostrando un'indubbia genialità politica, volle dimostrare agli Americani come per lui battersi per sconfigge-

re una malattia dei grandi numeri era una impresa non meno politica della lotta coraggiosa sostenuta per contrastare la Grande Depressione, essa stessa visualizzabile come una malattia dell'economia e della società.

L'esempio dato da Roosevelt nell'avviare un processo collettivo di contrasto di una grave *tabe infettiva* non restò senza conseguenze. Si cominciò a pensare che quanto si era fatto per la polio era fattibile anche per i tumori maligni. Fu così che il cancro divenne oggetto di un crescente coinvolgimento dei privati nell'organizzazione e nel finanziamento della ricerca che per sua parte cominciò a presentare novità positive. Uno dei massimi oncologi americani, Sidney Farber (1907-1973) attivo nel Children's Hospital di Boston dove seguiva i bambini malati di leucemia, lavorando nel laboratorio dell'ospedale, nell'estate del 1947 ebbe, per così dire, la sua «mela di Newton»: nell'assenza di una diagnostica strumentale (ecografia, TAC, risonanza magnetica) che permettesse di «vedere» la patogenesi e lo sviluppo del cancro in generale, la leucemia, tumore contrassegnato da una proliferazione patologica dei globuli bianchi (*leucociti*) nel sangue, si rendeva visibile al microscopio e poteva così essere quantificata. La stessa cosa si poteva fare con i tessuti di altri cancri.

A questo punto diventava possibile pensare a farmaci in grado di aggredire e distruggere le cellule maligne al modo stesso in cui si procedeva nel trattamento delle malattie infettive, ma c'era un problema: come discriminare nella distruzione le cellule malate da quelle sane? Stabilito così l'obiettivo della sperimentazione, il paradigma di riferimento fu il principio dell'*affinità specifica*, già scoperto dall'immunologo tedesco Paul Ehrlich (1854-1915), vale a dire la proprietà di alcune sostanze di «legarsi» con i veleni del tessuto canceroso e di distruggerli, in una parola il principio base dell'immunità cellulare che fa sì che la tossina della cellula malata sia una sorta di serratura disposta a essere aperta, come da una chiave, unicamente da un'antitossina specifica per quella tossina. Come dire che per ogni tossina andava ricercata l'antitossina - più tardi ribattezzata *anticorpo* - congenero. Una volta individuata l'antitossina specifica, si trattava di produrre la molecola giusta e poi passare all'applicazione terapeutica.

#### Campagne di stampa

Era nata così la chemioterapia che, traendo origine dalle pionieristiche esperienze di Ehrlich, ebbe tuttavia il suo pieno sviluppo in America a partire dagli anni Cinquanta. L'affermazione della chemioterapia richiedeva un enorme impegno di risorse finanziarie e umane non solo per la produzione industriale, ma anche per formare un personale in grado di organizzare e condurre la speri-

mentazione clinica. Per sensibilizzare il governo e i privati sul problema del cancro, si mobilitarono divi del cinema, imprenditori di successo e due filantropi milionari, i coniugi Albert e Mary Lasker che, sul finire della Seconda Guerra Mondiale rilanciarono una vecchia associazione per la ricerca sul cancro con una capillare campagna di stampa, appoggiandosi, per la necessaria copertura scientifica, a Farber, l'insuperato campione della lotta contro la leucemia. La cosa ebbe un successo tale da fare dell'associazione il referente privilegiato del Congresso per tutte le questioni relative al morbo. Ebbe luogo una sorta di *americanization of cancer* che toccò il culmine durante la presidenza di Richard Nixon quando nel 1970 il «*New York Times*» pubblicò un appello a prima pagina, a firma di Farber e di Mary Lasker, in cui si invitava il Presidente a sostenere la «Guerra contro il cancro».

Al pubblico americano questa guerra, di cui si faceva intravedere la vittoria, veniva presentata come l'impresa di una grande nazione (meglio, della «Grande Nazione» per antonomasia) che avrebbe aggiunto un nuovo trionfo a quello dello sbarco sulla Luna nel 1969 e al «sicuro» esito della guerra in Vietnam.

La vittoria sul cancro per i Laskeriti poteva esser ottenuto perfezionando la chemioterapia, il che implicitamente incoraggiava Nixon a privilegiare il sostegno della ricerca applicata a tutto discapito della ricerca di base. Se in linea di principio è sempre auspicabile che questa non venga sacrificata, va aggiunto che la trasformazione di una malattia in un'entità tale da farne un nemico pubblico «numero 1», finì con l'aver conseguenze misurabili ad almeno due livelli: *sotto il profilo operativo*, perché venne indebolita l'opera di persuasione del pubblico ad adottare i corretti comportamenti di prevenzione; *sotto il profilo etico*, perché indusse a pensare che il cancro, alla stregua di un moderno diavolo, si impossessasse del malato colpevole di comportamenti illeciti e quindi quale peccatore suo complice (è del resto quanto è puntualmente successo negli Stati Uniti con il *Sarcoma di Kaposi* associato all'Aids allorché agli inizi degli anni Ottanta si conobbero i primi casi della terribile malattia: la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita venne definita *Gay syndrome*, «malattia dell'omosessuale», dal Center for Disease Control di Atlanta).

#### Crociata internazionale

A misura che il XX secolo si avviava alla fine, la cura del cancro, dei tumori solidi in particolare, prevedeva (e ancora prevede) un iter rituale: intervento chirurgico, chemioterapia, radioterapia. Certo non mancano i successi: le recidive sono meno frequenti e le remissioni prolungate spesso sino alla definita guarigione. I progressi clinici sono agevolati da una conoscenza più approfondita dell'epidemiologia, da una prassi sofisticata nell'al-

lestimento e nella conduzione dei *trials*, dal monitoraggio degli stress ambientali e delle abitudini di vita (che investono soprattutto i costumi alimentari e notissime *dipendenze* come quella dal fumo), nonché dalle campagne mediatiche di prevenzione alle cui indicazioni il pubblico si mostra ora sempre più sensibile.

Nel frattempo comunque molte cose stanno cambiando. Per cominciare la «guerra contro il cancro» non è più una delle tante «crociate» americane. L'America resta certo la mecca della ricerca, ma una mecca decisamente internazionalizzata dalla presenza di cervelli in fuga dall'Europa e dall'Asia. Costoro non si limitano a diffondere conoscenze acquisite nella loro formazione remota, ma comunicano un modo *diverso* di considerare il cancro in sé. A molti di loro, come ad Howard Martin Temin (1934-1964) e David Baltimore (1934), allievi di Renato Dulbecco (1914), si devono ricerche genetiche che hanno prodotto un mutamento di prospettiva.

Il cancro non va studiato come una malattia (anche se ovviamente lo è) ma come un processo di crescita cellulare che sembra seguire un suo progetto consistente nell'attivare gli oncogeni e disattivare i geni oncosoppressori, agendo su meccanismi molecolari che agiscono da regolatori. Attivazione e disattivazione conseguono da mutazioni fuori dal nostro controllo. Come l'organismo normale è esso stesso un organismo in via di sviluppo e le sue cellule paiono programmate per produrre una vita «diversa» parassitaria. È per questa ragione che il paziente lo avverte come un ingombro, un peso (è questo, d'altronde, il significato della parola greca *ónkos* che Mukherjee riconduce al radicale indoeuropeo *nek*).

#### La morale della compassione

Questo peso, tuttavia, al di là di un problematico intervento di ingegneria genetica inteso a «scaricarlo», si presta a essere declinato diversamente: o è una vita che tenta di sostituirsi a quella presente secondo scansioni che sono al tutto imprevedibili e che, pertanto, ci invita ad abituarci a convivere con il cancro invincibile come lo è il *bíos*, tenendo altresì conto del fatto che viviamo di più e meglio, per cui abbiamo maggiori occasioni di avere a che fare con i tumori maligni; oppure è un'occasione per vivere con una maggiore intensità, da medici in particolare, le disavventure non solo sanitarie dell'altro. Nell'aura di affetti evocata dal medico e ricercatore indiano, un'aura nella quale la medicina si volge in un'austera morale della compassione, sembra davvero, come suggerisce Ingmar Bergman nel *Posto delle fragole*, che «il primo dovere del medico è quello di chiedere perdono».

#### PROFILO

### Da un dialogo con una paziente l'idea che ha dato avvio al libro

Come tanti libri, «L'imperatore del male» è nato per caso. Racconta infatti l'autore, l'oncologo indiano (trapiantato negli Stati Uniti) Siddharta Mukherjee che l'idea di scrivere una «biografia del cancro» gli è venuta parlando con una paziente affetta da tumore allo stomaco: «Sono pronta a combattere - ha detto la donna al medico - ma devo conoscere bene quello contro cui mi sto battendo». «È stato un momento imbarazzante», ha commentato poi Mukherjee, «perché mi sono reso conto che non avrei potuto indicarle nessun titolo adatto». Così l'oncologo, che è professore associato alla Facoltà di medicina della Columbia University, ha cominciato a scrivere il libro mancante, seguendo una pratica che lui stesso definisce «di totale indisciplinazione», cinque minuti un giorno, dieci l'altro, finché il testo non è stato chiuso. Con risultati più che soddisfacenti, visto che «L'imperatore del male» gli ha fatto vincere il Pulitzer.

**RICERCA** Spezie tunisine, sushi e spaghetti cinesi nelle tabelle delle calorie. Oggi incontro alla Sapienza

# Non solo dieta mediterranea ecco i cibi etnici anti-cancro

Nutrizionisti e Airc saccheggiano alimenti orientali e africani

di **CARLA MASSI**

ROMA - Dimagrire con la dieta mediterranea non soddisfa più. Chi deve perdere peso si lamenta della ripetitività dei sapori e di essere costretto a pallidi piatti senza anima. Nonostante i nuovi libri di ricette light, i consigli per arricchire le pietanze, gli stratagemmi per mantenere la linea mangiando anche qualche cioccolafino.

Per questo, da qualche tempo, tra le richieste dei pazienti ai nutrizionisti c'è quella di poter andare a razzolare anche tra i menù stranieri. Di affiancare le nostre portate con proposte cinesi, messicane o tunisine. Zuppa di ceci e pollo alle mandorle, pasta al sugo e sushi, il brick tunisino (una sottilissima pasta) e gli saltimbocca. Ecco perché nelle tabelle delle calorie, oltre alla pastasciutta, i formaggi e i gelati nostrani, stanno spuntando anche i piatti cinesi, giapponesi e indiani. Nelle ricerche dell'Istituto della nutrizione come tra le indicazioni alimentari dell'Airc, l'Associazione ricerca cancro fondata da Umberto Veronesi. La lotta al tumore ora utilizza anche le spezie tunisine, i pesci giapponesi marinati in salsa di soia, gli spaghetti di riso cinesi o lo spezzatino piccante indiano.

«Il pasto etnico più calorico è forse quello messicano, le tortillas con guacamole, mole po-

blano, dolcetto di zucca, tequila, e quello thailandese, spiedini di lonza di maiale con salsa di cocco, zuppa di gamberi in agrodolce, curry di manzo, budino di topioca, che possono arrivare a circa 1800 calorie - spiega Pietro Migliaccio, presidente della Società italiana di scienze dell'alimentazione che con la sua équipe ha valutato le calorie dei diversi piatti stranieri-. Segue con poche calorie in meno un pasto indiano e quello giapponese. Per la cinese suggeriamo ravioli al vapore, pollo all'ananas o pollo non fritto al limone. Meglio limitare i fritti». Quindi, evitare involtini primavera e nuvolette di gambero (43 grammi di queste sfogliatine di pesce regalano 242 calorie) e anche la frutta caramellata. Ananas, mele, banane sono prima passate in pastella poi fritte e avvolte nello zucchero: 142 grammi corrispondono a 309 calorie. Via libera al riso alla cantonese e ai gamberetti ai funghi. Addio al maiale in agrodolce.

Al ristorante giapponese, chi deve stare attento alla linea, preferisca zuppe come quella di miso, piatti al vapore, sì a sushi e sashimi. E' ricca di fibra la cucina messicana, contenuta nei fagioli, ma è opportuno, secondo i nutrizionisti, control-

lare le porzioni: un piatto di legumi fornisce dalle 200 alle 300 calorie. Niente cocktail come il Margarita.

«Si può mantenere una corretta alimentazione - spiegano i ricercatori dell'Airc - anche scegliendo altri sapori. Si stima che attraverso un menù sano, circa il trenta per cento dei casi di cancro è prevenibile. E' una buona idea introdurre nella dieta quotidiana alcune spezie che hanno dimostrato effetto protettivo contro lo sviluppo del tumore». Fino a domenica l'Airc raccoglierà fondi per la ricerca attraverso la maratona televisiva Rai e promuove una «buona spesa» con il sostegno dei supermercati. Nasce così una sorta di vademecum (www.airc.it) per scegliere il meglio (anti-tumore) tra le cucine etniche. Oggi alle 11 all'università La Sapienza, aula magna, incontro con gli scienziati dal titolo «La ricerca corre Dal genoma alla cura».

E' ricco e pieno di profumi il menù dell'Airc. Dalla soia cinese (effetto protettivo sulle neoplasie che dipendono dagli ormoni), al tè verde giapponese (antiossidante), al cavolo russo (come tutte le crucifere, verze e cavolini, hanno un'azione detossinante di sostanze cancerogene).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## UN ITALIANO SU TRE MANGIA PIATTI ESOTICI

Un italiano su tre, secondo una ricerca della Coldiretti, mangia regolarmente cibi etnici. Quattro su dieci non hanno mai messo piede in un ristorante straniero **IL KEBAB LO STRANIERO PIÙ DIFFUSO**

Il kebab è la preparazione straniera che ha avuto la maggiore diffusione in Italia. E' ormai presente anche nelle pizzerie a taglio. Carne magra arricchita da salse grasse **SUSHI LA NUOVA MODA PER DIMAGRIRE**

I piatti della cucina giapponese come sushi e sashimi, a base di pesce crudo e riso, sono indicati per chi è a dieta. I nutrizionisti: il pericolo è un parassita, l'Anisakis **IL RISO CANTONESE LA PIETANZA PREFERITA**

Il riso alla cantonese e il pollo alle mandorle sono i piatti stranieri preferiti. La cucina messicana, la Tex-Mex, è la più amata dagli under 30. E' apprezzata per il forte carico di peperoncino



TROPPE DISEGUAGLIANZE ANCHE NEI TRATTAMENTI SANITARI

## Quell'ossimoro inaccettabile di un mondo globale e diviso

ENRICO GARACI

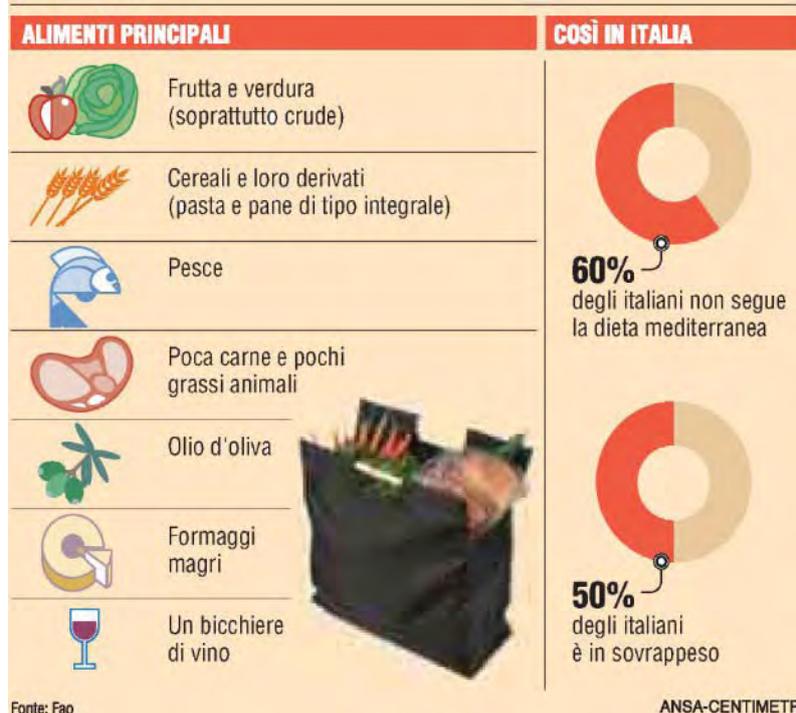
**N**el Paese globale nascere nell'emisfero giusto è il primo gol, per tutti. Se una conferma doveva arrivare, è arrivata con la crisi economica internazionale che morde le società affluenti e sommerge i Paesi più poveri della terra, mentre il relativismo mediatico ci restituisce con lo stesso peso specifico il lusso delle città della Vecchia Europa in cerca di rilancio sui mercati e i villaggi del Corno d'Africa, dove migliaia di bambini muoiono. Di morbillo, ancora, e di malaria. Indifferentemente, nell'indifferenza di troppi. E così viviamo come se essere così diseguali fosse inevitabile, scontato, finché non bussano alle nostre porte storie di ordinaria e dolorosa immigrazione, e ci costringono, spesso di malavoglia, a renderci conto che tutto è cambiato. Che un mondo così non può reggere a lungo. Perché un mondo globale e diviso è un ossimoro, una contraddizione, un paradosso. È questo uno dei significati del recente documento della Chiesa Cattolica, che ha richiamato il mondo all'assunzione di responsabilità, a prendere atto di una verità semplice pur tuttavia profonda e complessa. E cioè che l'Occidente ricco deve sostenere economicamente il più bisognoso. E non è una teoria "socialista" quella della Chiesa, quanto un'affermazione ulteriore del valore dell'umanità intesa come "famiglia", una realtà che la globalizzazione mostra a chi nega che le leggi dell'economia possano ispirarsi anche ai valori di solidarietà e giustizia sociale. Nel recente documento del dicastero di Giustizia e Pace del Vaticano «Per una riforma del sistema finanziario e monetario internazionale nella prospettiva di un'autorità pubblica a

competenza universale» torna il coraggio di affermare il primato umano rispetto alla tecnologia. Sembra un'operazione semplice, scontata, ma non lo è. Se lo fosse, non morirebbero ogni anno circa 10 milioni di bambini quasi tutti concentrati in 42 dei 192 Paesi presenti sul globo. Se il documento della Chiesa non dicesse nulla di fondamentale, più del 90% della produzione globale dei **farmaci** non sarebbe consumata soltanto dal 15% della popolazione mondiale. Proprio la salute è il campo dove le diseguaglianze sono più forti. Perciò negli otto Obiettivi del Millennio, sottoscritti nel 2000 da 191 capi di Stato, come un patto planetario per costruire un mondo più sicuro e più equo per tutti, ben tre sono obiettivi relativi alla salute: ridurre di due terzi la mortalità infantile, migliorare la salute materna e combattere l'Aids e le malattie della povertà. Obiettivi che, nella crisi che stringe l'intero pianeta, sembrano una chimera. Il documento della Chiesa è un attacco all'uso distorto delle libertà in economia, all'assolutizzazione del capitale economico come mezzo e come fine di ogni progetto finanziario, all'immaginare un sistema di regole economiche e finanziarie che non tiene conto dell'umanità a cui deve necessariamente riferirsi. E a questo proposito fa piacere ricordare come Benedetto Croce sosteneva che un provvedimento economico poteva definirsi liberale non se «semplicemente produttivo» ma piuttosto se «salutare ai più e ai tutti, all'uomo in forza della sua dignità di uomo». Ecco la forza del documento, una forza trasversale, laica e religiosa. Se la tutela della salute di tutti è una delle finalità di questo processo di redistribuzione globale delle risorse, proprio una percentuale ottenuta dalle transazioni finanziarie delle aziende **farmaceutiche**, può servire a costituire un fondo speciale da utilizzare per ridurre

le diseguaglianze in salute. Perché non accada in futuro che un Paese industrializzato spenda per curare un paziente sieropositivo 8 mila euro l'anno, mentre nei Paesi poveri se ne spendono cento, con la conseguenza di milioni di vittime evitabili. So, per esperienza, come presidente dell'Istituto superiore di sanità, quanta fatica e quanto sforzo serva per mandare avanti progetti internazionali di qualità. Abbiamo creato una rete di eccellenza per sconfiggere la malaria e ultimamente abbiamo ricevuto da una fondazione privata un ulteriore sostegno per questi sforzi. Con gli studi sul vaccino contro l'Hiv stiamo cercando di creare, nell'ambito della sperimentazione, anche delle strutture che abbiano un valore sanitario in Sudafrica e nelle quali stiamo cercando di creare competenze. È tanto, per i finanziamenti attuali e per le risorse, ma è pur sempre una goccia nel deserto. Riequilibrare le diseguaglianze e combattere le discriminazioni tra i cittadini sta scritto nelle due Costituzioni che abbiamo sottoscritto, quella italiana, in vigore dal 1948, e il recente Trattato europeo. L'Italia e l'Europa, perciò, non possono essere indifferenti a un richiamo etico che va in questa direzione, ignorarlo nelle loro legislazioni future. Serve un contributo di solidarietà. Serve pensare a un Paese globale. E la salute è una delle sfide più importanti perché questo Paese, come avverte lo stesso documento pontificio, non diventi un'incomprensibile e disperata Babele.



## Il menù



Fonte: Fao

ANSA-CENTIMETRI

**L'ANALISI**

UMBERTO VERONESI

**LA TERZA  
RIVOLUZIONE  
DEL DNA**

**D**ieci anni fa la scoperta del Codice della Vita nel Dna è stata la più importante rivoluzione non violenta della storia recente. Di fronte al sequenziamento del genoma umano c'è stata un'esplosione di entusiasmo: abbiamo scoperto che il cancro è originato da una mutazione al Dna e tutti i laboratori del mondo si sono concentrati sulla ricerca di farmaci cosiddetti intelligenti, vale a dire molecole in grado di raggiungere le cellule tumorali che contengono una certa mutazione, senza danneggiare le altre cellule dell'organismo (quindi a ridotta tossicità per il malato). E' apparso come un sogno per la ricerca, ma abbiamo presto capito che il processo per la sua realizzazione è più lungo e complesso di quanto previsto.

Attualmente i farmaci biomolecolari in uso sono circa 40, troppo pochi, anche se sono oltre 100 quelli in sperimentazione in migliaia di studi clinici. Sappiamo che la via è quella giusta, ma il percorso che va dal gene mutato al farmaco deve essere ancora molto migliorato. Negli ultimi anni abbiamo pensato di aprire un altro fronte di ricerca utilizzando le conoscenze genetiche non solo per la cura, ma anche per la diagnosi. È nata così la diagnosi mo-

lecolare, che si sta delineando come la seconda rivoluzione in oncologia legata al Dna perché ci permette di scoprire la malattia anticipo. In alcuni casi prima che si manifesti. Abbiamo scoperto che nel processo di sviluppo di molti tumori, le cellule tumorali mettono in circolo frammenti specifici di genoma rilevabili con un semplice esame del sangue. Già il test è disponibile, in via sperimentale, per il tumore del polmone e presto potrebbe esserlo anche per quello del seno.

Una terza rivoluzione è ormai in atto: la vaccinazione antitumorale. Sappiamo che virus che causano tumori sono responsabili del 20% dei casi di malattia. Due sono la causa di tumori molto comuni: l'Hpv (Human Papilloma Virus) causa il cancro della cervice uterina e l'Hbv (il virus dell'epatite B) il cancro del fegato. Poiché per entrambe è stato messo a punto un vaccino efficace, l'applicazione su scala mondiale della vaccinazione contro questi due tumori sarà in grado di cancellarne l'esistenza. Queste prospettive però non si realizzeranno senza una rivoluzione culturale e un'assunzione di responsabilità da parte dei cittadini, che dovrebbero aderire in massa alla prevenzione e alla diagnosi precoce. Senza partecipazione cosciente della gente, la lotta al cancro si ferma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Adesso che dilaga in tutto il mondo, e per questo è chiamata globesity, l'obesità viene studiata e analizzata da ogni tipo di esperto che ne cerca le radici

DI ALESSANDRA IADICICCO

**D**ifficile trascurare il problema che a prima vista appare enorme, macroscopico, oltremodo gravoso. Impossibile nascondere dietro un dito il disagio individuale e sociale dell'obeso. Eppure sarà perché, dicono gli psicologi, quello di chi si cela dietro la morbida corazza di grasso del proprio corpo è «un male silenzioso»; sarà per via del biasimo in cui incorre chi pare ignorare l'imperativo categorico della salute e della bellezza imposto da una forma di civiltà che pure ammette l'edonismo più sfrenato; sarà perché nell'era del benessere conquistato in cui la soddisfazione dei bisogni primari (quelli alimentari) è assicurata più o meno a chiunque, fa più paura il disagio di chi deliberatamente si affama, rifiuta di nutrirsi, smette anoressicamente di mangiare. Sarà per tutte queste ragioni che si sono scatenati l'interesse del pubblico, il panico della comunità internazionale, l'allarme delle autorità globali intorno all'obesità.

Globesity, «globesità»: così è stata definita la piaga che ormai affligge l'intero pianeta. L'Organizzazione mondiale della sanità ha coniato il neologismo per significare una patologia di portata universale. La crescita del livello di guardia, l'incremento della psicosi sul problema, l'aumento oggettivo del suo peso o del numero di chi, indipendentemente

da sesso, ceto, età, ne è gravemente afflitto hanno trasformato quello del grasso in eccesso nel male del XXI secolo. Mentre studi, statistiche, libri, pubblicazioni già presentano l'obesità come il tema dell'anno a venire.

Per esempio, *La strana storia dell'obesità*, del dietologo e opinionista americano Sander Gilman, uscita in Italia dal Mulino (195 pagine, 16 euro), di fatto contiene una rassegna di cronache recenti: non risale troppo indietro nel passato per sondare la genesi del malessere. Non più in là di quel novembre 2005 in cui l'allora presidente Usa George W. Bush, allertato dalla diffusione della Sars che, manifestatasi nella Cina rurale, aveva contaminato 8 mila persone e ne aveva uccise 800, denunciava il rischio di una nuova epidemia. Quella dell'obesità, rispetto alla

quale sollevava il dubbio inquietante: «E se fosse causata da un virus?». L'ipotesi della malattia infettiva fu solo una tra le tante avanzate negli Stati Uniti. I genetisti ne hanno fatto una questione ereditaria, gli endocrinologi la imputano a una disfunzione ormonale, i sociologi a una cattiva educazione alimentare, i moralisti a un'apatia caratteriale.

Ultimamente la first lady americana Michelle Obama si è assunta come un impegno personale la crociata contro



OLYCOM

**Grasso è bello** «Ballerini» di Fernando Botero, artista che della pinguedine ha fatto il suo manifesto estetico.

l'obesità infantile. Lanciando l'iniziativa Let's move, ha raccontato la propria esperienza di ex madre lavoratrice, costretta a giostrarsi fra riunioni di lavoro e pasti in famiglia, e a lottare quotidianamente contro la tentazione di fast-food e «porcherie surgelate piene di grassi e zuccheri».

Scegliendo invece in casa propria un'alimentazione più bilanciata, tenendo a dieta marito e figlie e mettendo a stretto regime dimagrante se stessa e l'intero staff della Casa Bianca (da quest'estate a oggi pare che i quattro chef della famiglia presidenziale abbiano perso complessivamente 50 chilogrammi), Ms Obama, in netta controtendenza con le abitudini della Fast food nation, ha voluto sottolineare che l'obesità è, sì, un problema medico per le sue conseguenze sulla salute, ma soprattutto un male sociale, culturale, perfino morale: per la pigrizia, l'insipienza, la disinformazione che implica. Di qui alla demonizzazione dell'American way of life il passo è breve.

Il fatto è però che l'obesità dilaga oltre i confini della nazione in cui il best-sellerista Michael Pollan ha fatto fortuna vendendo libri (*Il dilemma dell'omnivoro, In difesa del cibo*, tradotti in Italia dalla Adelphi) in cui pretende di insegnare agli americani come mangiare. Basti dire che in Italia, nel Bel Paese d'origine della benefica dieta mediterranea, un uomo su due e una donna su tre sono obesi, per un totale di 4 milioni di persone. Sedici invece sono i milioni di italiani sovrappeso: aumentati di un 15 per cento negli ultimi vent'anni.

È dunque colpa della cultura consumistica e capitalistica globale? Anche questa sarebbe una semplificazione riduttiva. La restrizione di un grosso, complesso problema a uno solo dei suoi aspetti: quello che mostra l'obesità come un'espressione (una fra tante) del contemporaneo «disagio della civiltà».

La filosofa Elettra Stimilli, nell'eccellente disamina su ascesi e capitalismo (*Il debito del vivente*, appena pubblicato dalla Quodlibet, 296 pagine, 18 euro), mette l'obesità in un continuum formato da anoressia, bulimia, tossicodipendenza, attacchi di panico: dai malesseri indotti allorché le occasioni di godimento «sono elevate a comandamento sociale». Anche

lo psicologo Stefano Pozzoli, nell'illuminante *Tutto tondo* (Bruno Mondadori, 129 pagine, 12 euro), nota le differenze tra le patologie diagnosticate da Sigmund Freud nel *Disagio della civiltà* (isterie, nevrosi) e le odierne. Se ai tempi del padre della psicoanalisi la vita sociale fungeva da principio di realtà, garantiva sicurezze e protezione in cambio di rinunce, sacrifici, divieti, l'odierna comunità ammette appagamenti compulsivi e immediati dando spazio a un principio di piacere incontrollato e distruttivo.

Quello di una sindrome dell'Occidente ipernutrito però è solo un aspetto del problema. Nuovi dati smentiscono l'univocità di tale spiegazione. L'obesità in crescita in Asia, Cina, Africa (Nigeria) e la consistente presenza di individui obesi (35 milioni sui 43 milioni di obesi mondiali) nei paesi in via di sviluppo dimostrano che si tratta di una psicopatologia dell'opulenza come della miseria. Nei paesi più poveri scarseggiano cibi sani e occasioni di praticare sport.

Un dato che fa riflettere è infine la sempre più profonda incidenza dell'obesità sui bambini: su coloro cioè che assai precocemente (e fuori dai circuiti del mercato) fanno esperienza del male di vivere sin dalla prima infanzia, nel rapporto più diretto, squisitamente fisico, con la famiglia e con la madre. «L'atto del nutrirsi» spiega con lucidità la dottoressa Pamela Pace, presidente dell'Associazione Pollicino, l'unica in Italia dedicata alla cura e alla prevenzione dei disturbi alimentari infantili, «ha una valenza affettiva, simbolica prima che calorica e dietetica» (per non dire economica o politica). E l'oggetto cibo «riempie, oltre che lo stomaco, un vuoto d'amore». Vano, deleterio anzi, è colmare tale mancanza a forza di hamburger, merendine e surgelati.

E se sotto tanti strati di adipe ci fosse una causa più oscura, profonda, naturale, animale? Gli etologi sostengono che tutti i mammiferi tendano ad accumulare grasso sottocutaneo per far fronte a eventuali carestie. In anni di crisi economica mondiale causata dall'esplosione del sistema di produzione capitalistico, chissà che l'ingrassamento degli obesi non sia un modo previdente per far fronte alla minaccia di lunghi tempi di vacche magre. ■

# LETTERE

## IPOTESI SULLE CAUSE DELL'OBESITÀ

Sette (n. 43) dedicato al cibo e all'alimentazione sfiora il problema dell'obesità che, dopo il fumo, è la principale causa di morte prematura. Non sempre il comportamento è spiegabile in termini razionali, così il piacere offerto da una sigaretta o da un raviolo è immediato, mentre il costo sotteso non è né osservabile né immediatamente percepibile. A parità di reddito e di caratteristiche genetiche, l'aumento del peso corporeo è attribuibile alla partecipazione delle donne alla forza lavoro, alla tecnologia e alla riduzione del fumo: il tempo dedicato dalla donna alla cucina si è ridotto, la tecnologia ha sviluppato prodotti di conservazione favorendo il proliferare di ristoranti a basso costo o cibi precotti, la riduzione del fumo paradossalmente ha eliminato uno dei principali antidoti all'eccesso di cibo (un cioccolatino per una sigaretta) e favorito l'aumento dell'obesità. Come combattere l'obesità? È un problema di incentivi: ingrassare attraverso l'acquisizione di calorie costa meno di un tempo. L'obesità ha costi sociali elevatissimi, primi fra tutti quelli di sanità pubblica, che ricadono su tutti, a prescindere dal peso. Introdurre tasse sull'obesità? In Gran Bretagna è stato sperimentato l'aumento dell'Iva sui prodotti ricchi di calorie, ma si è rivelata un'imposta regressiva, colpisce più i poveri dei ricchi. Le abitudini alimentari si possono influenzare solo con l'educazione e il prezzo relativo dei beni: finché il "junk food" costerà meno degli altri cibi sarà difficile combattere l'obesità.

**Mauro Luglio, Monfalcone**

## I DATI DEL 14° RAPPORTO PIT SALUTE

# Disservizi, costi e tagli: come si affonda la Sanità



Roberto Quintavalle

**È** l'anno dei "Diritti al taglio", per parafrasare il titolo del 14° Rapporto Pit salute. La crisi economica e politica smantella il nostro sistema di welfare. E i servizi sanitari e sociali sono le prime vittime.

L'**annuale fotografia** del sistema sanitario dal punto di vista del cittadino, realizzata da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, lo riflette chiaramente: le persone toccano con mano il **progressivo impoverimento** del Servizio sanitario nazionale. E non sorprende: dove c'era un presidio, oggi non c'è più o è ridotto. Dove era possibile usufruire di prestazioni

gratuite, oggi c'è da metter mano al portafoglio.

Le segnalazioni dei disagi e delle disfunzioni, che costituiscono l'**ossatura** del Rapporto, vanno di pari passo. Due dati in particolare: perdurano i problemi "storici", come i **presunti errori medici** (con il 18,5% è la prima voce delle lamentele, e segna un più 0,5% rispetto al 2009) e i **lunghi tempi di attesa** (16% nel 2010, 15% nel 2009). E sono in preoccupante ascesa le segnalazioni di difficoltà nell'**accesso ai servizi**: dal 5,5% del 2009 a quasi il 10% del 2010.

Nel dettaglio, i punti più critici sono i **costi delle prestazioni** (segnalati dal 44,8% dei cittadini), la **maggiore attesa** per

l'erogazione del servizio (32,1%) e la **totale assenza del servizio** determinata dalla chiusura del reparto o della struttura (23%). Sono questi gli effetti più evidenti della riduzione dei fondi della sanità e della "razionalizzazione" delle risorse, che obbligano le Asl a tagliare servizi, oppure a offrirli in misura ridotta o in modo meno tempestivo rispetto ai bisogni dei cittadini.

Ciliegina sulla torta, i ticket (maggiorati) e le esenzioni (ridotte): il 73,5% dei cittadini segnala i **costi eccessivi** sulle prestazioni diagnostiche e sulle visite specialistiche (+11 punti percentuali rispetto al 2009).

Infine, la nota dolente dei **Lea**. I livelli essenziali di assistenza continuano a essere disomogenei sul territorio nazionale.

Secondo un recente monitoraggio del **ministero della Salute**, solo **8 Regioni**, tutte del Centro-nord, li hanno garantiti nel 2009. Il Rapporto di Cittadinanzattiva lo conferma, e conferma la (spiacevole) sensazione che i livelli essenziali si stiano trasformando, da quello che *deve* essere garantito, in quello che *può* essere garantito con le risorse disponibili.

"Diritti al taglio" (il Rapporto è disponibile sul sito [www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it)) indica anche **due misure** come passo obbligato per garantire un sistema di welfare degno di questo nome: **tassare** i grandi patrimoni e **ridurre** indennità e stipendi dei politici nazionali, regionali e locali per ricavare un fondo di 2-300 milioni di euro da destinare alle politiche sociali. ■

**Cittadinanzattiva presenta il dossier sul sistema sanitario nazionale. Boccia un'assistenza costosa e inefficiente**

# IO, CAVIA UMANA IN SVIZZERA PER COLPA DELLA CRISI

**750 italiani ogni anno nella clinica in cui si testano i farmaci  
Il proprio corpo in cambio di 1200 euro**

**Un giornalista  
di Agorà  
si finge  
"volontario"  
e filma con una  
telecamera  
nascosta**  
**di Federico Ruffo**

Sulla cannula ci sono delle tacche. Indicano la profondità con cui la sonda è penetrata nello stomaco. La mia dice 40, vuol dire che il sondino naso-gastrico non è ancora entrato quanto dovrebbe, da qualche parte tra il naso e lo stomaco è rimasto incastrato. I due medici davanti a me ripetono di respirare a fondo e di bere, provano a spiegarmi dov'è l'ostacolo, ma non ce n'è bisogno, so bene che la sonda si è incastrata in gola, la sento e, quando spingono, la sento ancora meglio. È come avere una spina di pesce conficcata in gola, solo questa è lunga un metro e larga mezzo centimetro.

**I CONATI** rendono difficile ragionare lucidamente, con la coda dell'occhio continuo a controllare nessuno faccia cadere la telecamera nascosta, rendendo tutto questo vano. In qualche modo devo far entrare la sonda, altrimenti rischio di essere scartato. Come in un *reality* mi ritrovo in *nomination*, solo che in questa casa ci sono in palio altre 5 settimane da cavia umana. Da quasi un mese entro ed esco da questa clinica nel Canton Ticino, a pochi passi dal confine, dove mi hanno promesso 1200 euro in cambio del mio corpo per 6 giorni di ricovero (divisi in due periodi). Su di me e altri 27 soggetti sani, testano gli effetti di un antiaci-

do per lo stomaco e di un farmaco per le disfunzioni tiroidee, "qualcosa di molto simile a un ormone" mi hanno spiegato. Effetti collaterali? "Tachicardia, ansia, alterazioni della frequenza cardiaca, ma siete coperti da assicurazione!". Nessuno mi sa dire cosa preveda la polizza.

Ai tempi della crisi, si sopravvive anche così. Per le cliniche svizzere questo è un business di tutto rispetto (le case farmaceutiche pagano cifre da capogiro per l'ultima fase di test sui farmaci da immettere in commercio), per chi vive nel nord della Lombardia quello delle cavie umane è un autentico ammortizzatore sociale. 600 euro per due giorni di "lavoro", si arriva a 4000 franchi per due settimane. Soldi troppo facili perché chi si trova in difficoltà non ceda, soprattutto gli italiani. "Gli svizzeri non ci vengono qui - mi racconta il capo-infermiere mentre mi preleva il sangue - si vergognano. Non ne hanno proprio bisogno, questo è un paese ricchissimo. Il 95 per cento dei pazienti è italiano, il resto stranieri che vivono in Italia". Non a caso le uniche tre cliniche che offrono questo genere di studi si trovano in un raggio di 30 chilometri dal confine e il personale medico è composto da soli italiani. Professionisti seri, gentili, la cui principale preoccupazione sembra quella di aiutare i connazionali in difficoltà che chiedono di partecipare al maggior numero di sperimentazioni possibili.

**COME** in una catena di montaggio le persone si avvicendano di continuo: fuori quelli dello studio appena concluso, dentro i nuovi. Si conoscono tutti, si chiamano per nome. L'uscire di un ospedale di Varese che non riesce a pagare gli alimenti all'ex moglie, si occupa di come spostare i turni nei giorni di ricovero. Accanto

a lui tre brasiliani raccontano della loro scuola di ballo che non decolla, così ogni tre mesi si presentano oltre confine, spesso insieme alla casalinga rumena che mi ripete quanto le servano i mille euro con l'arrivo del secondo figlio. Poi gli studenti, giovanissimi. 700 euro sono 6 mesi di tasse universitarie. "In fondo abbiamo solo preso una pasticca e ci hanno tolto un po' di sangue, che male c'è?". Perfino alcuni degli impiegati sono ex cavie. Il nuovo del gruppo si riconosce facilmente, se ne sta in un angolo, sembra vergognarsi: capelli bianchi, occhiali spessi, a parlargli della clinica è stato un collega più giovane. "Ho due figlie all'università, 1200 euro sarebbero una boccata d'ossigeno. Do un'occhiata, se non mi convince lascio stare. Tanto possiamo ritirarci, vero? Lei come ha scoperto di questo posto?".

Invento, altrimenti dovrei spiegargli che sui forum studenteschi da mesi non si parla d'altro, che ci sono voluti due mesi solo per essere inserito in lista. "Siamo pieni, appena possibile la inseriamo".

Inventare, da quando sono qui, è fondamentale. Inventare una residenza a Varese, visto che per partecipare è necessario risiedere in un raggio di 100 km (se qualcosa andasse storto entro un'ora i medici devono potermi raggiungere); inventare una microcamera che non dia nell'occhio (un finto cellulare) quando ci hanno fatto firmare l'autorizzazione alla perquisizione dei bagagli. Inventare una storia credibile per settimane, mentre mi pesano, misurano la pressione, prelevano sangue. Lunghe chiacchierate da ricordare, per non cadere in contraddizione.

**INTANTO LA SONDA** è scesa, la flebo rilascia grandi quantità del primo farmaco nella cannula che ho fissa nel braccio. Il mio compagno di stanza,



un rappresentante di profumi di Saronno, mi racconta di come lui e la moglie a volte vengano insieme, doppia paga, "ci siamo pagati il matrimonio così". Due studenti arrivano in ritardo, vedono il tubo nel naso, si spaventano e se ne vanno: "Pensavamo di prendere una pasticca, ma le cose nel naso non ce le facciamo infilare".

I medici attorno a me si agitano, la sonda dice che il mio stomaco non è abbastanza acido per assumere il secondo farmaco. Spostano su e giù il tubo, ancora conati: addio *nomination*, sono eliminato. I più dispiaciuti sembrano loro: "Se hai bisogno tra poco parte un nuovo studio, ti ci infiliamo". Annuisco mentre faccio l'ultimo prelievo, una segretaria mi porta il compenso: 150 euro. Tanto vale una cavia che non arriva in fondo.