

Medicina di vita. La scienza e la conquista della salute

Mercoledì 24 giugno 2009 a San Vito al Tagliamento (PN), nel Teatro Sociale Giangiacomo Arrigoni, si è svolto un dibattito pubblico in occasione della pubblicazione del libro del professor Giancarlo Comeri Medicina di vita. La scienza e la conquista della salute (Spirali 2006), organizzato da la cifra. Oltre all'autore sono intervenuti Francesca Franzi, Maria Luisa Calabretto, il dottor Carlo Scaramuzza e l'onorevole Antonio di Bisceglie.

FRANCESCA FRANZI Buonasera e benvenuti a questo appuntamento organizzato dall'associazione *la cifra* di Pordenone. Con grande piacere incontriamo il dottor Giancarlo Comeri, specialista in urologia, chirurgia generale e chirurgia vascolare e raffinato intellettuale. All'incontro e al dibattito intervengono inoltre quali preziosi relatori: la dottoressa Maria Luisa Calabretto, biologa presso l'Ospedale Civile di Pordenone e membro dell'associazione *la cifra*; il dottor Carlo Scaramuzza, medico generale a Pordenone, specialista in medicina dello sport ed esperto di arte tessile antica e l'onorevole Antonio Di Bisceglie, assessore ai beni e alle attività culturali della nostra città, San Vito al Tagliamento, che è molto sensibile all'arte e alla cultura.

Ringraziamo ciascuno di loro per aver accolto con entusiasmo il nostro invito a intervenire in questo dibattito. Ringraziamo il Comune di San Vito, l'Assessorato ai beni e

alle attività culturali e la Provincia di Pordenone per aver concesso i patrocini a questa iniziativa e per sostenere il programma dell'associazione *la cifra*.

Abbiamo organizzato questo incontro con la preziosa collaborazione di FriulAdria Credit Agricole e dei nostri sponsor che cito e ringrazio: Palazzetti, Tici, Casa del Cuscinetto, Tipolitografia Martin, Turchet Bruno Arredamenti, Libra e Regia Comunicazione per l'impresa che cura la realizzazione grafica e pubblicitaria di tutti gli appuntamenti della nostra associazione.

Il dottor Giancarlo Comeri, già primario di urologia e andrologia dell'Ospedale Sant'Anna di Como, dal 2003 è direttore dell'unità operativa di urologia e andrologia del Gruppo Multimedita di Castellanza, presso Varese. È diventato noto per aver sperimentato il laser a luce verde (KTP) nel trattamento dell'ipertrofia prostatica. È autore di quasi 200 pubblicazioni scientifiche, prevalentemente in ambito uro-oncologico e uro-andrologico.

Il curriculum professionale del dottor Comeri è difficilmente riassumibile in poche battute, possiamo dire che è un grande medico e un grande scienziato e questa sera ci presenta il suo libro *Medicina di vita. La scienza e la conquista della salute* edito da Spirali. Si tratta di un testo molto ricco nel quale racconta le importanti conquiste raggiunte negli ultimi anni in ambito medico urologico e apre scorci di indagine intorno a quanto resta da indagare rispetto alla medicina e alla cura, passando in rassegna le diverse modalità di trattamento. Ma ciò che lo specifica è la preziosa testimonianza dell'itinerario di un ricercatore. Un ricercatore che si interroga in merito alla medicina in quanto medicina di vita, e che quindi non la riduce a una mera questione tecnica e specialistica. Il dottor Comeri scrive che "la malattia non è semplicemente un problema di medicina: è una domanda di aiuto, di amore, di senso... è parte della nostra vita".

E allora, da questo noi intendiamo che per diventare medici occorre imparare ad accogliere questa domanda perché, come scrive il dottor Comeri: "non basta la sola preparazione accademica, occorre quella preparazione che si fa solo al letto del malato". E poi "dobbiamo augurarci che ci sia da parte della classe medica, da parte di coloro che avvicinano i cosiddetti pazienti [...] da parte di chi ha questo compito gravissimo e importantissimo di curare, la consapevolezza di doversi preparare al di fuori dei normali corsi universitari: occorre crescere umanamente prima che professionalmente o almeno contemporaneamente all'esercizio della professione, altrimenti si rischia veramente di non incidere, di non arrivare a fornire una relazione di aiuto". Per la mia vita e per la mia esperienza, mi sento di condividere l'augurio espresso dal dottor Giancarlo Comeri. E mi sento di suggerire a ciascuno la lettura di questo libro, soprattutto a coloro che lavorano nell'ambito della medicina. Io credo sia di vitale importanza che ciascuno, in caso di malattia e di circostanze difficili per la salute, possa incontrare tra le corsie degli ospedali, negli ambulatori pubblici e in quelli privati, medici che fanno della loro vita e della loro professione, una missione: una missione per una medicina di vita.

La forza di questo libro sta nel fatto che l'invito all'integrazione non viene da un medico che si occupa esclusivamente della cosiddetta medicina alternativa. L'invito all'integrazione viene da uno scienziato, che si trova da molti anni al fronte, che è organizzatore di congressi nazionali e internazionali promotore e coordinatore di équipe pilota di ricerca clinica sperimentale.

Vi ringrazio e passo la parola alla dottoressa Maria Luisa Calabretto.

MARIA LUISA CALABRETTO Benvenuti a questo incontro con il dottor Carlo Scaramuzza e il dottor Giancarlo Comeri e il suo libro *Medicina di vita. La scienza e la conquista della salute*. Il termine medicina viene dal latino *medeor*: guarire, curare e fa riferimento alla radice indoeuropea *med-*: misura, la quale dà origine a molti significanti, tra i quali *μη δομαι*: meditare, pensare, ed è prossima a *modus*: modo, mezzo, strumento. La medicina è arte e invenzione, ricerca e impresa, esperienza. Medicina di vita, perché vivere non è sopravvivere: la vivenza, la vita, il suo viaggio, l'itinerario, senza nulla di facile, senza nessuna soluzione, invece secondo l'assoluzione, dal latino *ab-solutio*, secondo l'assoluto. In questo libro Giancarlo Comeri, intervistato da Armando Verdiglione, racconta. Racconta la sua vita, gli studi, il lavoro in ospedale, la clinica, la formazione, l'aggiornamento, le continue acquisizioni. Parla del suo romanzo, della sua famiglia e quindi della traccia. Con umiltà, parla della sua esperienza, in cui risalta l'ascolto, "... per diventare medici bisogna ascoltare i pazienti...", scrive Comeri.

In questo libro c'è apertura, spalancamento. L'apertura intellettuale, la questione aperta, l'ironia: le cose procedono dall'apertura e si rivolgono alla qualità. Apertura e non più la chiusura ontologica, fatta di abitudini, idee acquisite, convenzioni, convinzioni e pregiudizi che fanno da sbarramento alla novità, alla trasformazione. Comeri racconta il suo interesse per le forme meno invasive di terapia medica e chirurgica, quelle che presentano minor rischio di effetti collaterali: la chirurgia endoscopica con laser e ultrasuoni, anziché l'asportazione radicale di vescica e prostata, per esempio; l'atteggiamento dell'attesa vigile, "wait and see", anziché la precipitosa soluzione chirurgica, superando mentalità, fretta, paura, e anche interessi economici...

Nel suo racconto nessuna scorciatoia, nessuna convenienza, piuttosto la scomoda battaglia per ottenere mezzi e strumenti, superando la resistenza delle strutture e anche quella dei colleghi. Nel libro si parla poi di terapie differenti, alternative, o meglio, complementari, che tengono conto della specificità di ciascuna persona, e non solo della statistica, la quale, scrive Comeri "[...] porta a livellare i risultati [...] non riesce a cogliere il particolare [...] tende ad appiattire [...]". Si parla di salute che risulta dall'integrazione tra dispositivo alimentare, stile di vita e cura. È un testo che mi ha colpito moltissimo perché mi ci sono, per così dire, ritrovata. La rigorosa formazione scientifica universitaria, per me, sono state le facoltà di Scienze Biologiche e poi di Farmacia all'Università di Padova, l'esperienza lavorativa nelle istituzioni: io lavoro in ospedale a Pordenone e anche qui a San Vito, ci vengo alcune volte al mese, a turno con i colleghi, per l'assistenza agli agoaspirati su guida ecografica. Mi occupo infatti da molti anni di citologia diagnostica esfoliativa e agoaspirativa e, recentemente, anche di andrologia, ossia dell'analisi del liquido seminale. Lavoro al microscopio, osservo preparati citologici, per una "diagnosi" oncologica. Metto la parola "diagnosi" tra virgolette, perché il suo etimo (dal greco γινωσκω: conosco, γνωσις: conoscenza, διαγνωσις: giudizio) veicola la fantasia di sapere sul male dell'Altro. Nel corso degli anni, ho capito che, invece, la lettura di un vetrino non è un'indagine sul male, una significazione del male, dalla visione al sapere: ho visto quindi so. Ho visto il male, conosco il male. La diagnosi sarebbe la conoscenza del male dell'Altro? No, non si tratta di vedere ma di ascoltare un vetrino, perché l'immagine è acustica, e la cosiddetta "diagnosi" è un racconto, una narrazione, non già l'emissione di

un verdetto, una condanna per chi lo riceve. E, quindi, un peso per chi lo fa: il peso della condanna ricade anche su chi la fa. La lettura di un vetrino è invece una questione di ascolto e di astrazione, e proprio per questo, di attenzione e lucidità. Non c'è più il male dell'Altro, e anche la guarigione non è un passaggio dal male al bene, da uno stato negativo a uno positivo, non si guarisce dal male, non si tratta di sconfiggere il male; se noi crediamo all'alternanza bene/male, non guariamo mai, stiamo lì a inseguire questa idealità che impone di bonificare il corpo e la vita secondo un'idea di salvezza, un principio di selezione. Armando Verdiglione ha dato un'altra lettura della guarigione: un cammino artistico, e ciascuna volta lo si constata, un itinerario poetico, dove ricerca, umiltà e tenuta stanno nel fare ciò che occorre fare, con semplicità, e l'occorrenza trae il fare alla clinica, dove le cose si piegano (la parola clinica viene dal greco κλινειν: piegare). E la traversata è intellettuale. Essenziale la tenuta: ciascuno non ha mai da cedere sulla parola, sulla vita e quindi rilassarsi, abbandonarsi, staccare la spina. Nel percorso niente alti e bassi, né euforia né disforia, né cedimento-stanchezza né coraggio-eroismo, ma tenuta intellettuale e perciò tranquillità, prudenza e quindi immunità.

In questo libro ci sono molti elementi in questa direzione. Si parla anche di omeopatia, fitoterapia, alimentazione, digiuno, meditazione, fede e preghiera, di guarigioni miracolose. Si parla di tante cose alle quali mi sono interessata e che io stessa ho sperimentato e sperimento, tenendo conto di tutti gli elementi che vengono dalla chimica, della botanica, dalla scienza, e anche di quello che rimane inspiegabile, indimostrabile, tenendo conto innanzitutto della parola. Perché la salute non è naturale, è una conquista e non va senza la parola, la salute è istanza di qualità, valore intellettuale, capitale intellettuale e dipende dall'immunità, dalla prudenza e dalla cura. L'immunità, dal latino *in* (senza) *munus* (peso), senza peso, ci rimanda alla leggerezza, all'aritmetica e quindi al ritmo, al fare secondo l'occorrenza, secondo il progetto e il programma di vita, secondo la direzione e la pulsione. Senza padronanza. Comeri scrive: "[...] con la malattia ci accorgiamo che non siamo padroni di noi stessi, del nostro corpo, del nostro destino [...]". La prudenza, dal latino *prudentia*, ossia, esperienza, saggezza, è il diritto in atto, il diritto dell'Altro, perché facendo noi ci accorgiamo che le cose in cui ci imbattiamo hanno un diritto, e così, attenendoci a questo diritto, facendo ciascuna volta ciò che occorre fare, senza reagire, protestare, evitare, c'è prudenza nella nostra vita. E poi la cura, essenziale alla salute, la cura: umiltà e fede. La fede senza delega, la fede procede dalla preghiera, che è assoluta, è la speranza assoluta. La vita è un compito e anche la salute è un compito, di qualità. Un compito, come dice Armando Verdiglione, tranquillo e felice.

E, quindi, passo la parola a Carlo Scaramuzza, medico di Medicina Generale a Pordenone, e scrittore: ha pubblicato già nel 1986 un testo che è un riferimento per gli atleti: *Gli sport di resistenza* (Savioprint) e nel 2007 *De Mirabilibus Mundi. Viaggio nel mondo del tappeto orientale* (EsaExpomostre) perché Carlo è interessato alla cura così come all'arte, alla storia e alla cultura, in particolare delle regioni centro-asiatiche, all'arte del tappeto orientale, di cui è grande esperto; da alcuni anni tiene conferenze e organizza mostre di estremo interesse nel nostro territorio. È proprio per questo suo interesse per l'arte e la cultura, da medico, che l'abbiamo invitato a questo dibattito.

CARLO SCARAMUZZA Vorrei ringraziare voi presenti e soprattutto l'associazione *la cifra* che mi consente di partecipare a questo interessantissimo dibattito alla presenza del professor Comeri per la presentazione di questo stimolante libro che io consiglio a tutti gli operatori sanitari, medici e non medici, perché all'interno di esso ci sono spunti veramente significativi. Io darò un piccolo contributo al dibattito, che spero seguirà la nostra esposizione, partendo da quello che sono io.

Io lavoro da più di trent'anni come medico di medicina generale, oggi si usa dire così, una volta si diceva semplicemente "medico di famiglia", i tempi sono cambiati. In questi trenta, trentacinque anni di attività io ho avuto non so se la fortuna o la sfortuna di assistere a dei cambiamenti veramente clamorosi, nell'ambito dell'organizzazione della politica sanitaria, con l'avvento di questo sistema sanitario nazionale che ha comportato una massiccia immissione di burocrazia dappertutto, di cui tutti noi medici, assistiti, utenti, clienti e cittadini a volte siamo vittime. Abbiamo assistito a profondi cambiamenti nell'ambito della ricerca scientifica, farmacologica. Abbiamo assistito a un cambio epidemiologico molto significativo: oggi noi ci troviamo ad affrontare sistematicamente patologie croniche, che quindi, per definizione, sono malattie da cui non guariamo. Nel corso della mia attività professionale, quando mi imbatto in una polmonite devo dire che sono contento, perché mi dico "beh, posso guarire, in quindici o venti giorni ti guarisco, ti faccio rischiarare il polmone", cosa che una volta era molto più frequente, invece oggi, purtroppo, ci troviamo a confrontarci con patologie che non guariscono, patologie croniche. E questo ha cambiato profondamente la medicina nella sua evoluzione.

Oggi, al centro dell'interesse della scienza medica, c'è la malattia, siamo diventati specialisti, abbiamo perso di vista quella che è la totalità della persona. Ricordo con estremo piacere un mio straordinario professore, allora c'erano i luminari, i "baroni", ma era gente con uno spessore culturale e un'esperienza personale e professionale straordinaria. Questo professore, durante un esame, mi disse: "Scaramuzza tu cosa vuoi fare? Vuoi fare il medico della malattia o il medico della persona?". È stato come un fulmine che mi è entrato nella testa, perché mi ha fatto capire due cose fondamentali: volevo diventare un ricercatore universitario, volevo studiare la cellula, qualsiasi tipo di patologia dal punto di vista biologico, molto profondo, molto attraente, molto deduttivo? Oppure volevo occuparmi della persona? Ecco il grande dubbio. Allora voi capite che se io scelgo in maniera netta di studiare le malattie, farò un certo percorso; se invece decido di occuparmi delle persone avrò bisogno di una formazione e di una preparazione, ci sono attitudini, e di propensioni che molte volte non si possono apprendere, perché sono innate.

Cosa è successo negli ultimi trent'anni? In questi trent'anni abbiamo assistito a un enorme sviluppo dell'aspetto scientifico e tecnologico della medicina, con eccellenti risultati, che non vanno assolutamente demonizzati, anche se ci sono interessi che molte volte esulano da quella che è la pura ricerca scientifica. Oggi però ci sono troppi medici delle malattie e troppi pochi medici delle persone. È vero che in certi ambiti della medicina e della chirurgia, la conoscenza, la scienza, il saper applicare queste conoscenze alla persona ammalata, sono essenziali: pensiamo alla trapiantistica, lì c'è bisogno di una assoluta capacità organizzativa e tecnica per eseguire gli interventi. Tuttavia dobbiamo pensare all'uomo trapiantato, una volta che il trapianto è ben riuscito: noi lo abbiamo trasformato, l'abbiamo certamente migliorato, ma abbiamo indotto in lui delle trasformazioni che sono

definitive. Quasi tutto ciò che oggi la medicina fa sulle persone è qualche cosa che è destinato a continuare nel tempo a modificare la qualità della vita, e quindi ci deve essere chi si occupa di questo aspetto, che è l'aspetto del riconoscimento della persona ammalata nella sua interezza, nella sua complessità, nella sua relazionalità, nel suo quotidiano, in quella che è effettivamente la sua vita, la vita di ciascuno. Ecco, in questa operazione, io penso che accanto alla scienza bisogna saper metterci l'arte. Un medico che si occupa della persona deve essere anche un artista, deve saper riconoscere che quella persona è un individuo unico, irripetibile, e per ciascuno bisogna trovare l'intervento più adatto a far sì che possa vivere, con le sue capacità di salute e con le problematiche legate alla salute, nella maniera migliore possibile. Quando scienza e arte si uniscono, la medicina raggiunge il massimo della sua attività, ed è un'attività a misura dell'uomo, a servizio dell'uomo. Grazie.

ANTONIO DI BISCEGLIE Io ringrazio per questa iniziativa innanzitutto l'associazione *la cifra* e sottolineo questo ringraziamento perché offre un'occasione di approfondimento su un tema particolarmente significativo e rilevante, quello della salute, e credo che questo libro ne sia una testimonianza, proprio per la straordinaria personalità del professor Comeri che attesta la necessità di una continua ricerca per quanto riguarda il ristabilimento della qualità della vita che viene a essere interrotta nel momento in cui qualcosa interviene.

Io ho letto il libro e ho cercato di seguire il dibattito che in parte è già emerso. Vorrei sottolinearne l'aspetto che mi pare principale, cioè la necessità di un approccio che tenda non soltanto a mettere a posto ciò che si è rotto, ma che cerchi di cogliere il contesto complessivo, un approccio olistico, per cui non soltanto si comprendono le ragioni, i motivi, i sintomi, ma si cerca di ristabilire la qualità di vita e questo attraverso il rapporto con il malato. Nel libro, Comeri dice che il termine paziente è stato introdotto dall'inquisizione, ha certo un'altra valenza, e stabilisce una forma di sacralità per quanto riguarda la medicina. Quindi, innanzitutto, il rapporto del medico con la persona che in quel momento soffre di una determinata malattia: nel libro viene chiamata "umanizzazione" della sanità e a me pare che emerga un dato che permette sia al medico sia al malato di comprendere come vivere in quel momento la patologia. Questo è l'aspetto principale che emerge nel libro, questa la ricerca, perché l'obiettivo è sempre la qualità della vita. E risulta con grande forza dal libro. Mi pare molto stimolante anche la cosiddetta medicina complementare, l'omeopatia ad esempio e in questo approccio complessivo, è importante anche dove si vive, come si vive, cosa si mangia e così via. Il titolo "Medicina di vita" indica proprio questo.

Nel libro ci sono molte altre cose stimolanti, magari poi le affronteremo, riguardo agli interessi delle industrie farmaceutiche, al modo di utilizzo delle statistiche e molte altre cose, ma mi pare che il punto focale sia proprio quello di un approccio che possa essere complessivo, cioè umano.

GIANCARLO COMERI Grazie a tutti coloro che sono intervenuti, grazie a Francesca Franzì che mi ha elogiato. È un'arte quella medica, che inevitabilmente porta a confrontarsi con la persona e non può fermarsi alla tecnologia. Chi a letto il mio libro, noterà la frequenza con cui sottolineo l'importanza che ha nella formazione del medico l'esperienza dei maestri.

Scaramuzza parlava dei "baroni", che però in realtà erano umani e sapevano dare non soltanto delle memorie di tipo scientifico ma anche umano. Ho imparato da tanti maestri, e ne ho avuti diversi, ma per fortuna, erano dei medici completi, persone che oltre alla tecnica avevano a cuore l'approccio integrale alla persona. Invece noi ci troviamo di fronte a una medicina occidentale che è diventata una medicina impersonale, una medicina fredda, fatta di tanti numeri, di tante statistiche, le quali spesso arrivano a spersonalizzare. Questo perché? Perché la medicina non è mai stata, e mai lo sarà, una scienza nel senso comune del termine, perché ruota attorno a qualcosa che non esiste in nessuna altra scienza e che rappresenta il nucleo di quest'arte della vita: questo qualcosa è la clinica. La clinica non può essere paragonata a nulla di analogo. Non è simile alla sperimentazione fisica, è qualcosa di molto più complesso, in cui intervengono sia elementi oggettivi che elementi soggettivi. Deve confrontarsi non soltanto con una fenomenologia oggettiva fatta di sintomi, ma deve fare riferimento all'esperienza soggettiva di chi presenta questi sintomi, il sentirsi malato, questo è un dato soggettivo che il medico non può esimersi dal prendere in considerazione. Quindi, come si è detto da parte di tutti, la medicina deve essere rigorosamente umanistica, deve rivolgersi all'uomo nella sua essenza e nella sua totalità, deve cioè ammettere che l'ambito in cui si giocano la ragione e l'efficacia del suo compito è, innanzitutto, la relazione umana.

Una medicina autentica non può accettare che la malattia venga considerata come un guasto della macchina umana, né come una variazione di parametri caratteristici dello stato di salute. Perché la medicina deve anche occuparsi del senso e del significato del vivere. Questo è importante. La realtà clinica ci costringe a confrontarci con ciò che porta una certa malattia e a entrare in un rapporto affettivo con la persona che viene curata. È proprio qui, nell'impossibilità di separare la persona dalla sua sintomatologia, che si gioca la sfida drammatica e nello stesso tempo affascinante della medicina, perché ci si può prendere cura veramente soltanto di ciò che amiamo, di persone che sentiamo legate, anche solo per poco tempo, al nostro destino. C'è un coinvolgimento di tipo affettivo con la persona del malato. In qualsiasi modo lo si voglia intendere, come diritto o dovere, come solidarietà o carità, l'amore verso il singolo uomo fa parte dell'essenza della pratica medica. Questo è un po' il mio concetto di medicina, esso solo, infatti, fonda e rende ragionevole la fatica dell'assistenza, la passione per la ricerca, la costruzione e l'organizzazione dei luoghi di cura. Soltanto accogliendo integralmente questa domanda di guarigione, che è innanzitutto domanda di significato, di condivisione della sofferenza, è possibile vivere da protagonisti il nostro lavoro di medici, e trovarvi soddisfazione.

Del resto, la medicina occidentale è cambiata radicalmente negli ultimi quattrocento anni, non da quattro mesi, da quattrocento anni, la medicina si è trasformata, è diventata scientifica a tutti i costi e ha perso un po' di quello che sta dietro alla carne che vuole curare. Ma la medicina occidentale originariamente nasce dall'incontro tra la ragione, il *lògos* greco, e la carità cristiana. Per questo i malati, che un tempo erano temuti per la loro contagiosità, tanto da essere spesso cacciati dalle città, in epoca cristiana hanno cominciato a essere assistiti, anche quando erano considerati inguaribili, incurabili. E allora è accaduto che alcuni uomini hanno cominciato a rischiare la vita per curarne altri, e questo rischio va avanti da quasi venti secoli. Senza questa dedizione, la medicina occidentale non esisterebbe. Essa nasce e perdura all'interno dell'esperienza umana, per cui la ragione non

può essere contro la carità e la carità non può essere contro la ragione. E la carità sostiene la ragione in un'avventura che spesso sembra impossibile.

Se in passato ci si accontentava di alleviare la sofferenza dei cosiddetti malati incurabili, non potendo arrestare il decorso della malattia che spesso procedeva ineluttabile verso la morte, a partire dal secolo scorso, i progressi che ci sono stati nella medicina, nella chirurgia e nella farmacologia hanno permesso di ottenere in molti casi la cronicizzazione delle malattie o addirittura la guarigione. Anzi, la guarigione è diventata una prospettiva spesso perseguibile, al punto di richiamare su di sé l'attenzione della medicina contemporanea in maniera esclusiva, con un risvolto negativo. La medicina contemporanea, laddove vede che tutto sommato non c'è la forza a guarire il malato, spesso e volentieri rischia di abbandonarlo. Rischia di abbandonarlo nel momento in cui avverte l'impossibilità di ottenere un risultato apprezzabile. Invece, anche nei casi in cui la guarigione non è perseguibile in maniera sicura, si può fare molto per il malato, alleviando la sua sofferenza e migliorando la qualità della sua vita. In questa prospettiva acquista rilevanza primaria quella relazione di mutua fiducia che s'instaura tra medico e paziente. Ed è proprio nel contesto di questa relazione, sulla base della stima reciproca, e della condivisione degli obiettivi da perseguire, che può essere definito il programma terapeutico.

Oggi la medicina occidentale appare anche un po' ingabbiata, sempre più ingabbiata, per esempio nelle "linee guida", costruite a partire dalla valutazione di migliaia di casi e decenni di osservazioni. Se da una parte sono rassicuranti sia per il medico che per il paziente, non possono esaurire i possibili approcci: ci vuole un'intuizione da parte del medico, che può portare anche a consigliare terapie e atteggiamenti che esulano dalle linee guida, e questo può avvenire soltanto se c'è alleanza terapeutica fra medico e paziente. È proprio perché ne parlo anche nel libro che vorrei fare un riferimento tecnico a un argomento: l'approccio mini invasivo alla prostata, ne accenno nel libro rispondendo a una domanda di Armando Verdiglione, perché questo libro non è nato a tavolino mettendosi a pensare e a scrivere, è nato da un'intervista nell'ambito di una giornata e mezza di incontri che ho avuto con Verdiglione, e le risposte all'intervista sono state poi registrate ed è stato ottenuto il libro. Ebbene, in uno di questi paragrafi, accenno a una terapia più conservativa del tumore della prostata.

Voi sapete cosa è successo per il tumore della mammella: una volta veniva tolta la mammella intera, una volta le donne si trovavano amputate di un organo così importante anche da punto di vista psicologico e questo comportava, al di là della prognosi, un grosso attentato alla qualità della vita della donna. Fortunatamente da una quindicina d'anni questa operazione devastante, la mastectomia, è stata sostituita da interventi più mirati, la quadrantectomia, si toglie un pezzettino si cerca di trovare il tumore, lo si toglie e si lascia tutto il resto in modo che non ci sia questa amputazione; e questo ha consentito, anche con l'aiuto della radioterapia e della chemioterapia di avere risultati che non sono assolutamente sovrapponibili a quelli di dieci anni fa. Questo è stato un passo avanti.

Veniamo alla prostata: si tratta di una ghiandola che i maschi hanno sotto alla vescica ed è difficile intervenire in modo conservativo, anche perché spesso quando c'è la diagnosi è un po' tardi, però oggi abbiamo fortunatamente i marcatori biologici, che hanno permesso di individuare le forme iniziali di tumore, il cosiddetto *early cancer*, e nel venti, venticinque per cento dei casi oggi arriviamo a fare una diagnosi, quando il tumore è confinato a un

lobo della prostata. Togliere la prostata spesso comporta per la persona perdita di urina e dell'attività sessuale, quindi c'è un problema di qualità della vita.

Nel febbraio 2008 sono stato negli Stati Uniti alla Duke University, per il primo workshop mondiale sulla "terapia focale" del cancro della prostata, che costituisce la punta più avanzata della ricerca applicata in questo campo. Diverse scuole hanno dato testimonianza delle loro prime esperienze: c'erano americani, qualche europeo, io ero l'unico italiano. E quest'anno, pochi giorni or sono, l'appuntamento con questi pionieri si è ripetuto ad Amsterdam. C'era una ventina di italiani, quindi qualcosa si sta muovendo, inizia a diffondersi la sensibilità nei confronti di un problema che si pensava di risolvere facendo leva sulla tecnologia sempre più esasperata. Oggi si parla di robot, si usa il robot in laparoscopia, il robot lavora per bene, sembrerebbe che il robot riesca a fare meglio di quello che noi riusciamo a fare con le mani. Poi, in realtà, si è visto che con il robot abbiamo esattamente gli stessi risultati delle operazioni tradizionali che sono invasive e lasciano conseguenze. Però, siccome c'è un'industria che spinge per vendere i robot, in Italia abbiamo quaranta robot (pensate che non li hanno negli Stati Uniti d'America) e molto spesso sono coperti da un telo perché non li usa nessuno. L'industria va negli ospedali e dice di comprare il robot perché si possono ottenere molti vantaggi, per esempio di fare dei congressi.

Oggi ho partecipato come moderatore a una sessione di un congresso a Milano, metà degli interventi parlavano del robot perché oggi va di moda, però alla fine c'è il venti per cento di incontinenza, ottanta per cento di perdita della potenza sessuale, beh allora cosa facciamo? Esistono cose più semplici, ad esempio la possibilità di bombardare la prostata con gli ultrasuoni, senza tagliare, mettendo a livello del retto una sonda che manda ultrasuoni, la prostata è a pochi millimetri dal retto e senza ledere niente intorno, vanno a colpire ciò che vogliamo colpire. Se dobbiamo colpire due centimetri, colpirà quel tratto che abbiamo sentito perché ci stiamo lavorando, dando la possibilità di togliere il tumore, di guarire il tumore o di farlo regredire senza nessun effetto collaterale. Questo non c'è sulle linee guida, magari se ne parlerà fra vent'anni, certo che se siamo sorretti da amore per l'altra persona, se ci interessa la qualità della sua vita, possiamo parlarci, possiamo essere aperti a un confronto, può succedere anche che il paziente mi dica: "Veramente farei volentieri questa cosa qui anche se non è scritta nei libri di testo". Questa è un'apertura, un tentativo di fare qualcosa rivolto soprattutto alla qualità e io penso che questo sia il compito della medicina.

Così per il tumore del rene. Anni fa togliavamo il rene a tutti, oggi con un ago si entra dalla pelle direttamente nel tumore e si fa una crioterapia, così il malato avrà meno problemi rispetto a una volta. Oggi, fortunatamente, la medicina si sta interessando anche agli aspetti qualitativi, l'importante, per noi che lavoriamo, è cogliere le possibilità che ci sono date dall'avanzamento scientifico. La dottoressa Maria Luisa Calabretto ci parlava della citologia che sicuramente è una bellissima cosa, perché interviene con aghi sottilissimi che prelevano delle cellule e si arriva a una diagnosi. Noi, invece, usiamo aghi più grossi per fare le biopsie della prostata e dopo venti prelievi, passando per il retto, a un certo punto questa povera prostata è un colabrodo, c'è anche il rischio di mandare in giro cellule tumorali. Quindi se io buco un tumore, da una parte riesco a fare una diagnosi e dall'altra, però, creo le premesse perché ci sia una più rapida formazione di metastasi. Vale

la pena rivolgersi ad altre tecniche meno invasive che possano dirci che c'è un tumore evitando la biopsia.

Si possono fare tante cose nell'interesse del paziente, nell'interesse della persona che ho davanti. E nel libro racconto di un altro approccio alla persona, racconto della medicina come relazione di aiuto. Io mi augurerei che questa prassi tornasse in auge, perché non è che oggi sia smarrita completamente, è un pochino offuscata da tutta la ricerca. Abbiamo tanti aspetti, ci sono luci e ombre nel nostro modo di affrontare l'uomo malato. La speranza è che prevalga un approccio olistico, che tenga presente che l'altro non è un oggetto, non è una serie di organi, ma una persona con una sua originalità che va assolutamente salvaguardata.

DAL PUBBLICO Perché noi abbiamo paura della malattia? Possiamo prepararci alla malattia?

SCARAMUZZA Posso provare a rispondere. Certamente la sua domanda mette in moto considerazioni che hanno una vastità enorme. Io credo che oggi ci sia la paura della malattia per un insieme di ragioni: paradossalmente siamo una società fragile, perché non abbiamo mai coltivato le capacità psicologiche delle persone. La forza necessaria per tutto ciò che la vita ci propone parte dall'individuo: noi spesso deleghiamo all'esterno la soluzione dei problemi e la farmacologia è un esempio. Noi abbiamo avuto una fiducia cieca nella ricerca farmacologica e poi ci siamo accorti che molti farmaci non risolvono il problema: creano effetti collaterali secondari che sono ancora peggiori. Abbiamo capito che non esistono soluzioni magiche, chimiche, nei confronti di tutto ciò che può essere malattia e adesso ci troviamo paradossalmente più deboli, più insicuri, più vulnerabili, non avendo coltivato la nostra energia interiore, la nostra psiche, la nostra filosofia, la nostra relazionalità, la nostra capacità umana di crescere, di diventare forti interiormente. In realtà questa delega alla scienza, alla ricerca ci ha, in fondo, un po' imbrogliato e ora ci troviamo come "sguarniti".

C'è un passaggio molto bello nel libro del professor Comeri in cui lui fa proprio riferimento alle disfunzioni sessuali. Noi abbiamo affidato ai farmaci la soluzione del problema, dimenticando che dietro a queste problematiche spessissimo c'è ben altro, ed è questo altro che va indagato. Nel momento in cui io fallisco col "viagra" non ho più armi, io devo capire la persona, non devo curare il sintomo: ecco il vero problema dal punto di vista medico.

COMERI La paura della malattia nasconde la paura della morte. Oggi per la minima cosa si va dal medico: ho quattro globuli rossi nell'urina, non è che avrò un cancro nella vescica? Lo spauracchio grosso è quello di avere una malattia incurabile, quella che può portare alla morte. La paura che vorremmo esorcizzare a tutti i costi, e non possiamo farlo perché, purtroppo, dovremmo fare i conti alla fine della nostra vita, è con sorella morte. Quindi la questione è forse, come diceva Scaramuzza, proprio la dimensione culturale, spirituale, che cerca di dare un senso alla vita e alla morte. Nella misura in cui abbiamo perso la capacità di dare un senso alla morte, ci troviamo spiazzati di fronte a tutto ciò che la può evocare: di qui la necessità che ci possa essere anche una cultura del corpo, di tutto

ciò che è concreto e materiale, che possa renderci più capaci di affrontare alcuni temi importanti, alcuni passaggi importanti come questo.

ANTONELLA SILVESTRINI Mi è piaciuto quando lei, professor Comeri, ha parlato di medici che qualche secolo fa rischiavano la vita stando accanto ai malati. Oggi ha fatto riferimento al protocollo, alle linee guida, a quanto spesso i medici siano più sensibili alla propria tutela piuttosto che rischiare l'invenzione, l'intuizione, l'intervento nuovo rispetto al caso che si trovano di fronte. Vorrei che lei dicesse qualcosa, anche perché proprio questi medici, o i medici che ritengono di essere a posto con la burocrazia, poi eludono il confronto di parola con il paziente e quindi si trovano "più a rischio" di avere conseguenze in tribunale. E poi volevo anche chiederle se ha trovato resistenze nell'ambito della comunità scientifica, resistenze in Italia rispetto a queste innovazioni, a questa apertura, a questo modo così bello di affrontare la medicina. Com'è il confronto all'interno della comunità scientifica, c'è vivacità e dibattito? E rispetto all'ambito europeo?

COMERI Per quanto riguarda le linee guida, dicevo che hanno finito un po' per "ingessare" la medicina. Penso che qualche volta vengono utilizzate per dare un indirizzo entro il quale muoversi in modo da evitare degli eccessi, però nello stesso tempo, spesso e volentieri le linee guida vengono fatte per tutelare il medico. Perché, sapete, oggi è sempre più facile finire in causa per qualche problema, quindi la *malpractice* è diventata un modo, e anche i giornali ci sguazzano. È un fatto che è partito dagli Stati Uniti un bel po' di anni fa e adesso è arrivato anche da noi, si cerca di carpire qualche soldo alle assicurazioni. Negli ospedali ci sono dei curatori di associazioni di avvocati che vengono a interrogare i malati che vengono dimessi: "Va tutto bene? Guardi se ha bisogno, noi la assistiamo senza spesa, perché c'è l'assicurazione, se ha bisogno di qualcosa si rivolga al nostro studio...". Questo ha portato a un notevole aumento delle cause per colpa medica o presunta tale. E allora sono state fatte le linee guida con lo scopo di tutelare il medico, perché il giudice quando è di fronte a una determinata condotta del sanitario, del medico, va a vedere se è corretta. Il medico legale stabilisce se il medico è stato dentro le linee guida e così il medico si trova un po' protetto da quello che può essere poi il giudizio del giudice. Quindi, da una parte sono una difesa, ma poi finiscono per ingessare la ricerca e l'avanzamento applicativo delle conoscenze, perché le linee guida si rifanno a ricerche fatte negli anni precedenti. Poiché c'è concordanza fra queste ricerche, i risultati sono univoci, c'è evidenza scientifica di qualità e questo inevitabilmente porta a una rigidità. La medicina, invece, è in continua evoluzione e se io voglio proporre un tipo di intervento alla prostata che non è scritto da nessuna parte, mi trovo, per così dire, "spiazzato".

Come dicevamo prima, se c'è una buona relazione fra il medico e il paziente, un'alleanza terapeutica, se c'è stima reciproca, fiducia è difficile che si vada a finire in tribunale. Ovviamente la scelta va fatta insieme, si parla dei dubbi, di ciò che può succedere, si mette sul tappeto tutto, i possibili effetti collaterali, senza negare niente e tacere niente e se il paziente accetta sarà difficile che ricorra poi al tribunale.

Per quello che riguarda l'altro aspetto, la comunità scientifica, ahimè, non parla proprio di queste cose. Nei congressi si parla delle patologie, sono le malattie che fan da padrone, e che ci sia un uomo non viene preso in considerazione da nessuna parte. Può capitare che

un'associazione decida di far intervenire una personalità per un argomento filosofico, etico, della medicina, ma questo può essere nell'ambito di un corso di aggiornamento per medici di base, per esempio. Nei nostri congressi specialistici si parla solo ed esclusivamente dei pezzi di ricambio e di come sostituirli meglio.

La medicina a livello specialistico è una medicina rigidamente tecnologica, la medicina occidentale è diventata scienziata, rigida, critica, tiene conto soltanto dei dati scientifici, ma come vengono raccolti? Per esempio, come viene fatta una ricerca farmaceutica? Si fa un protocollo, si testa un medicinale nuovo e poi la ditta farmaceutica incarica uno statistico di elaborare i dati. Ma lo statistico è nominato, in genere, dalla ditta farmaceutica stessa che ha sponsorizzato la ricerca, perché la ricerca costa tantissimi soldi. E per avere l'approvazione dal ministero, e quindi per rendere il farmaco commerciabile, bisogna far vedere che il farmaco fa bene o che comunque non fa male e non dà effetti collaterali importanti. È molto importante che la ricerca venga fatta in maniera perfetta, quindi sulla carta tutti i parametri devono essere osservati... poi, in realtà, è difficile pensare che tutto vada perfettamente bene. Si può pensare che un certo tipo di interesse porti determinati risultati. Lo dico perché è successo che certi farmaci antinfiammatori hanno avuto l'approvazione e sono stati messi in commercio. E poi, a distanza di quattro, cinque anni, ci sono stati morti a non finire, disturbi cardiaci a non finire... Il ministro cosa dice? Dice che nelle modalità seguite per approvare questi farmaci, ci sono delle cose che non funzionano benissimo, cioè manca una trasparenza. La ricerca scientifica non è mai indipendente, è una ricerca che viene sponsorizzata dalle ditte farmaceutiche. Perché? Perché hanno i soldi e quindi portano avanti la ricerca, trovano la molecola, fanno la sperimentazione. Capite che la cosa si presta molto alla difesa dei loro interessi e quindi può esserci un risvolto negativo sulla salute della gente.

CALABRETTO Ci può dire qualcosa sulle resistenze incontrate nella comunità scientifica a proposito delle proposte da lei inoltrate?

COMERI Da questo punto di vista la comunità scientifica sta alla finestra. Porta avanti una cosa e tutti dicono: ci vogliono diversi anni. Per poter dire che questa cosa funzioni, bisogna aspettare dieci anni. Va bene, aspettiamo dieci anni, però non c'è un grande entusiasmo a seguire un certo tipo di linea. La ricerca necessiterebbe di un partère più largo, della possibilità di avvalersi dell'apporto di molti ricercatori per fare più in fretta a raccogliere i numeri e le informazioni. Ecco c'è una resistenza in questo senso così come a proposito dei farmaci: c'è una resistenza se uno porta dei dati in controtendenza.

Anni fa si usava un farmaco nel caso di tumori in fase avanzata, ne parlo nel libro, e questi farmaci sono diventati di uso comune. Cosa è successo? Qualcuno aveva fatto delle ricerche per conto proprio e ha visto che questi farmaci, in realtà, non davano i bei risultati che dicevano, e ho provato anch'io, parlo del 1988. Abbiamo usato questi farmaci registrando i dati, senza la sponsorizzazione di qualcuno, lo abbiamo fatto noi come reparto, allora lavoravo a Como. Ho trattato una cinquantina di casi con questo farmaco che andava per la maggiore: sembrava desse dei risultati ma, alla fine, mi sono reso conto che vantaggi non ce n'erano. Quindi abbiamo fatto un lavoro, un poster, e lo abbiamo presentato a un congresso in cui riportavamo le nostre considerazioni. Tutti passavano davanti a quel

poster e facevano finta di non vederlo. Dieci anni dopo questa molecola è stata buttata via, perché si è visto che non serve, ma intanto per anni è stata usata, si è fatto un po' di marketing, un po' di quattrini... A quel tempo si doveva dire che andava bene e se uno era fuori dal coro stonava. In questo senso, una resistenza c'è stata. Bisogna stare attenti che, a stare fuori dal coro, può essere pericoloso.

CALABRETTO A proposito di terapie meno invasive che necessitano di una maggior collaborazione da parte del paziente, per esempio l'attesa vigile anziché una soluzione chirurgica immediata: anche in questo lei ha incontrato resistenza?

COMERI Ci sono culture diverse dalla nostra, mi riferisco all'Europa, in cui, per una diversa visione della vita, c'è una minore attitudine a essere aggressivi nei confronti del tumore, c'è maggior attenzione alla qualità. Lì sono nate osservazioni già quindici, venti anni fa, su come trattare con la semplice osservazione determinati ammalati che presentavano malattie importanti, tipo il tumore della prostata. Si è visto a distanza di venti anni che tra il non fare nulla e gli interventi invasivi c'è una differenza di sopravvivenza del 3,8%. Non si fa niente ma si interviene non appena c'è un focolaio. Oggi noi abbiamo la possibilità di capire l'evoluzione della malattia per cui si può non fare niente all'inizio, seguire l'evoluzione e fra un anno, due, tre, cinque, se c'è bisogno, intervenire: questa è la "sorveglianza attiva". La sorveglianza attiva è difficilissima da attuare, il medico fa fatica ad attuarla per un motivo molto semplice: se io dico a un paziente: "Stai tranquillo, puoi benissimo non fare niente perché la tua malattia è poco aggressiva, è in una fase molto precoce, non succede niente, può fermarsi, può non avanzare, quindi stiamo a vedere", spesso e volentieri il paziente rifiuta un discorso di questo genere. Direi che è difficile farlo accettare alle persone se non si entra in una "empatia", in un rapporto molto amichevole dove il medico è un amico e si interessa a te, gli stai a cuore e non lo fa perché non vuole operarti, perché non sa operarti, ma perché pensa che per te sia più vantaggioso. Allora, se la persona che ha una patologia del genere ha questa percezione, ci può essere l'accettazione alla sorveglianza attiva, se invece il rapporto è burocratico, il medico dice: "Questa è la sua malattia, potremmo anche fare una cosa non invasiva: non faccia niente e ci vediamo fra tre mesi". Il paziente rimane perplesso: "Ma come! Non vuole operarmi, non vuole fare niente... io vado da un altro". Va da un altro specialista che gli dice: "Eh no, devi essere operato immediatamente". Per evitare problemi di questo genere, molti medici sono entrati nell'ordine di idee di non proporlo neanche, perché si evita la fatica di far accettare al paziente, di far capire, di parlare, in modo che ci sia veramente una relazione di aiuto. Questa è la cosa importante, la via per cui noi possiamo ottenere dei risultati, altrimenti finisce che il paziente accetta malvolentieri.

Abbiamo visto che c'è un 20% di persone che inizialmente parte con l'idea di seguire il protocollo di attesa vigile ma, prima che si manifesti la malattia, che vada avanti la malattia, va da un altro dottore dicendo: "Senta, io sto seguendo questo protocollo, però non me la sento, mi sento poco tranquillo", e l'altro risponde: "Sì, sì, facciamo l'operazione". Per cui il 20%, e non è poco, dei pazienti che sta andando bene, finisce che si opera perché non ce la fa psicologicamente o perché trova qualcuno che lo invoglia,

mettendogli il dubbio che possa effettivamente rischiare qualche cosa. Questa difficoltà è superabile instaurando un rapporto da pari a pari fra medico e ammalato.

SCARAMUZZA Volevo semplicemente collegarmi a questo, prendendo in considerazione il libro di Larry Clapp intitolato *Guarire la prostata in 90 giorni. Senza farmaci o operazioni chirurgiche* (Macroedizioni) dove c'è tutta la testimonianza che fa riferimento al digiuno, all'assunzione di determinati cibi...

COMERI Allo stile di vita.

SCARAMUZZA L'ho citato perché lei ne parla per molte pagine e perché è un esempio di medicina di relazione che può determinare quell'alleanza terapeutica che ci dovrebbe permettere di superare la cosiddetta medicina difensiva la quale, talvolta, non ci aiuta neppure ad affrontare le cose semplici. Dopo voglio tornare su questo perché, anche dalle considerazioni che lei svolge nel libro, mi pare che mentre noi abbiamo sempre avuto una impostazione umanistica, la nostra cultura di stampo classico ha ceduto all'impostazione anglosassone. Il lato umanistico aveva un approccio, come dire, complessivo, vedeva la persona nella sua totalità. Dopo, invece, è prevalsa l'impostazione anglosassone molto parcellizzata, quella in cui la specializzazione è portata proprio all'estremo: chi si occupa del cuore non sa cos'è il fegato, e così via. Questa impostazione anglosassone è ricaduta nella formazione dei nostri medici. Credo che si tratta di intervenire su questo versante, come lei giustamente sottolinea. E poi c'è un altro aspetto del nostro servizio sanitario che dovrebbe essere un po' attenuato: l'eccesso di aziendalizzazione, perché è chiaro che spesso porta l'operatore sanitario a fare numeri e non a relazionarsi. Il direttore sanitario generale dice tu devi fare tanto...

COMERI Tanti interventi...

SCARAMUZZA ... e via di seguito. È chiaro che in una condizione del genere per l'operatore è un po' difficile mettersi sul terreno della relazione, come invece vorrebbe. Io credo che anche su questo dovremmo intervenire.

Per tornare a quello che dicevo all'inizio, a me pare che nel ragionamento che facciamo e che emerge nel libro *Medicina di vita*, la testimonianza del signor Clapp ha un valore molto importante per quanto riguarda la patologia del cancro alla prostata. Lei ha detto che ha molta importanza lo stile di vita e l'alimentazione.

COMERI Direi che è fondamentale, e non soltanto per il cancro alla prostata, ma per tutta la patologia oncologica e tutti i tumori. L'inizio della cosiddetta patologia tumorale, la tumorigenesi a partire da cellule normali, è un evento che coinvolge decenni. In un punto dell'organismo inizia una modifica del microambiente con produzione di sostanze che hanno la capacità di indurre mutazioni genetiche in alcune cellule, le quali poi cominciano a proliferare e diventano cellule tumorali. Bene, questo microambiente dove si svilupperà il cancro, in genere, viene modificato soprattutto dall'apporto esterno di elementi che vengono assunti con i cibi. Noi sappiamo che per l'insorgenza di molti cancri, del colon

per esempio, del retto, della prostata, della mammella, è stato fondamentale l'avvento di regimi dietetici molto ricchi di grassi e di proteine per farli sviluppare molto di più. Il tumore della prostata in Cina, per esempio, non esiste. In Giappone, nell'Estremo Oriente è quasi sconosciuto: ha una frequenza che è un centesimo rispetto agli Stati Uniti d'America o al Nord Europa. Però i giapponesi, che nella loro terra, nel loro habitat, non hanno il cancro alla prostata, se si trasferiscono negli Stati Uniti, dopo venticinque anni, cioè dopo una generazione, hanno la stessa probabilità di sviluppare il tumore degli autoctoni, cioè di quelli che nascono negli Stati Uniti. È chiaro che c'è un cambiamento legato alle abitudini di vita, all'alimentazione. Cosa mangiavano in Giappone? Mangiavano la soia, bevevano il tè verde che non fa venire il tumore; invece in occidente mangiano patatine fritte e hamburger. Evidentemente c'è qualche cosa che è legato all'alimentazione. Perché l'alimentazione? Perché l'apporto di questi cibi comporta un aumento dei radicali liberi e i radicali liberi nel microambiente determinano la produzione di sostanze che modificano le cellule, le citochine¹ e da qui nasce il cancro: da fatti infiammatori. Sono sempre più frequenti le osservazioni che dicono che prima di avere il tumore c'è infiammazione. Prima di arrivare al tumore, ci sono fasi pretumorali in cui le cellule assumono degli aspetti che sono sulla strada del tumore ma non sono ancora tumore. Si parla di forme pretumorali e si può intervenire.

Recentemente è stato fatto uno studio su cento persone che avevano una forma pretumorale a proposito dell'efficacia del tè verde. Cinquanta persone hanno assunto il tè verde, le altre cinquanta non lo hanno assunto. A distanza di un anno, rifacendo la biopsia in queste due popolazioni, cinquanta e cinquanta persone, quelle che avevano bevuto il tè verde hanno avuto un'incidenza di un decimo, rispetto a quelle che non lo avevano bevuto: da una parte cinque cancri, dall'altra venticinque, una differenza enorme. Il tè verde contiene sostanze, le catechine, che proteggono le cellule agendo sul microambiente e si è visto che bloccano l'evoluzione dall'infiammazione al tumore. Oggi sappiamo tante cose, però prendere dieci farmaci per la prostata e cinquanta per prevenire il cancro del colon... Dovremmo assumere continuamente degli integratori alimentari o comunque smettere di mangiare quello che mangiamo, e rivolgerci a un modo di mangiare completamente diverso.

Gli studi che si stanno facendo, secondo me, sono molto importanti perché dovrebbero portarci ad avere un pannello di pietanze di cui non fare a meno. Se vogliamo difenderci da questa malattia, che è la malattia del secolo, in cui effettivamente ci sono già dei buoni elementi per cambiare il nostro modo di alimentarci, molto probabilmente potremmo fare molto di più per prevenire anziché usare farmaci, chemioterapici e altro quando il cancro si è già formato. Si tratta di prevenzione. Per esempio per il cancro della prostata la diagnosi precoce è basata sul dosaggio del PSA² ma, siccome costa troppo farlo a tutti è meglio aspettare lavori i cui risultati diano la certezza che serva davvero. Sono stati fatti

¹ Le **citochine** sono molecole proteiche prodotte da vari tipi di cellule secrete nel mezzo circostante, di solito in risposta a uno stimolo in grado di modificare il comportamento di altre cellule inducendo nuove attività come crescita, differenziamento e morte. La loro azione, di solito, è locale, ma talvolta hanno un effetto su tutto l'organismo. Le citochine possono avere un effetto autocrino (modificando il comportamento della stessa cellula che l'ha secreta) o paracrino (modificano il comportamento di cellule adiacenti). Alcune citochine possono invece agire in modo endocrino, modificando cioè il comportamento di cellule molto distanti da loro. Hanno una vita media di pochi minuti.

due lavori abbastanza simili, uno negli Stati Uniti e uno in Europa: hanno considerato persone che sono state seguite per sette anni nel primo, dieci nell'altro, per vedere come sviluppavano dei tumori della prostata stando a osservarli sulla base del dosaggio del PSA. Alcuni avevano fatto il dosaggio del PSA e altri no per valutare se il PSA è davvero utile per prevenire le morti da tumore. Lo studio degli Stati Uniti ha rilevato che non c'è differenza tra fare e non fare il dosaggio del PSA. In Europa, lo studio ha rilevato il 20% di riduzione della mortalità fra quelli che fanno il dosaggio del PSA: allora a chi crediamo? Alla ricerca fatta dall'Istituto Nazionale del Cancro degli Stati Uniti o a quella fatta in Europa, con centocinquantamila persone e tre nazioni: l'Olanda, il Belgio e la Germania?

Oggi, dopo dieci anni, nel 2009, non abbiamo ancora la risposta al nostro quesito: serve o non serve fare il dosaggio del PSA? Abbiamo due studi: uno che dice una cosa e l'altro che dice il contrario. Lo stile di vita sicuramente è importante, l'alimentazione pure e direi che dobbiamo aprirci proprio a questo: i fitofarmaci, la meditazione trascendentale come dice Larry Clapp. A questo signore, venti anni fa, era stato diagnosticato un tumore avanzato alla prostata. Oggi fa il digiuno tre volte all'anno per otto giorni di fila: beve soltanto acqua con sciroppo d'acero e dice di stare benissimo. Tre volte l'anno fa questa terapia di depurazione dell'intestino: lui dice che grazie a questo, alla preghiera e anche grazie al sesso tantrico con sua moglie, il tumore alla prostata non si fa vivo, non dà manifestazioni. Sono passati venti anni, non un giorno, per cui, le vie del Signore sono infinite...

CALABRETTO A proposito di preghiera, ci vuol raccontare qualcosa?

COMERI Dica, prego...

MONICA FEDELI Volevo sapere se per il cancro conta avere un atteggiamento positivo.

COMERI Non ho delle risposte. Ritengo che, come per tutte le malattie, anche per il cancro, avere un atteggiamento positivo, di non rassegnazione, di volontà e che metta in campo tutte le proprie risorse intellettuali per far fronte a una situazione che pone in pericolo la vita, sembra che effettivamente ci metta in grado di migliorare le nostre capacità di reazione, molto probabilmente agendo a livello immunologico, e questo potrebbe dare spiegazione di alcuni risultati che altrimenti non sapremmo spiegare. Lo stesso Clapp, che ha scritto un libro su come guarire il cancro della prostata, in fondo, fa riferimento a tre cose fondamentali: la prima è la sua convinzione che la depurazione dell'organismo possa servire, quindi il digiuno fatto con questo spirito di purificare il corpo, lo rende più capace di reagire alla malattia. Lui dice: se io pulisco l'intestino per bene, una buona parte delle energie, almeno il 30%, che l'organismo perde per far fronte a

2 Il **PSA**, acronimo per antigene prostatico specifico, è un enzima che viene prodotto dalla prostata. La sua funzione fisiologica è quella di mantenere fluido il seme dopo l'eiaculazione. Il dosaggio del PSA è un test che misura il livello ematico dell'enzima. Livelli di PSA sotto 4 ng/mL (nanogrammi per millilitro) sono generalmente considerati normali. Quando il dosaggio di PSA supera i 10 ng/mL, l'associazione col tumore diventa più forte. Tuttavia alcuni uomini con tumore prostatico in atto non hanno livelli elevati di PSA e la maggioranza di uomini con un elevato PSA non ha un tumore.

una situazione di impegno dell'intestino, vengono liberate per poter combattere il cancro. In qualche modo, do un aiuto alla mia malattia se evito di appesantire il mio organismo non lasciando che si depositino nell'intestino le tossine che aumentano il rischio di progressione del tumore.

La seconda cosa è la meditazione. Ci sono pubblicazioni scientifiche che attestano che, in effetti, la preghiera è un toccasana per molte malattie per cui l'atteggiamento del credente porta ad avere risultati migliori.

Poi, ancora, accennavo allo stile di vita. Clapp segue un'alimentazione molto sana, evita i cibi grassi, le proteine che, come si sa, portano a peggiorare l'andamento di una forma tumorale. Abbiamo indicazioni di questo genere.

Quindi dal punto di vista intellettuale, direi che effettivamente ci può essere una grossa influenza della psiche, chiamiamola così, in senso lato, su quella che è la manifestazione organica di una patologia, o comunque lo stato di salute.

FEDELI Poi, a proposito del miracolo...

COMERI Effettivamente certe guarigioni possono avvenire in maniera inspiegabile. Io faccio il medico, il chirurgo, quindi sono abituato a vedere le cose così come stanno, però mi è capitato di vedere cose per le quali c'è dell'altro. Porto un esempio nel mio libro, un ragazzo di dodici anni che ho operato una sera per un tumore del rene. È arrivato emorragico, aveva una grossa anemizzazione, quindi abbiamo dovuto intervenire d'urgenza. Aveva dodici anni e mezzo, tredici anni e un cancro del rene che ho fatto fatica a togliere, perché era molto diffuso e con delle metastasi a colata lungo i vasi, l'aorta e altre arterie. Un caso in cui, obiettivamente, dal punto di vista medico, diamo una prognosi infausta a brevissimo termine, trattandosi fra l'altro di un ragazzino. Mi ricordo che, parlando ai genitori mi ero espresso in maniera molto negativa sulla prognosi.

Nel 1983-1984 non c'erano farmaci che potessero agire dal punto di vista terapeutico, chemioterapico. Oggi abbiamo a disposizione farmaci che qualcosina fanno, ma allora non c'erano e la radioterapia non si può usare. Al papà che piangeva portando a casa il ragazzo in dimissione e mi chiedeva: "Dove lo posso portare? In America?", ho detto: "Lo porti a Mejugorje dalla Madonna". Detto fatto, lo porta dalla Madonna. E il ragazzo è guarito. L'ho rivisto a distanza di sei mesi, un anno, due anni, dieci anni: oggi è un ingegnere di trentaquattro anni, ha due figli, sta bene. Ecco, questa è una guarigione che non è spiegabile dal punto di vista scientifico, noi gli avremmo dato pochi mesi di vita.

Voglio citare un altro caso. In un paese sul lago, vicino a Como, c'era un padre domenicano di nome Tardif, era noto perché faceva messe di guarigioni. Io vi ho partecipato perché ero curioso, però non ci credevo tanto. A un certo punto lui dice: "In questo momento sta guarendo un uomo, un signore in mezzo a voi, che ha un cancro alla prostata". La prostata è il mio mestiere, un giorno ero in sala operatoria e ho detto ai miei: "Ehi, stiamo attenti a non operare qualcuno che è già guarito dal cancro della prostata...". Neanche a farlo a posta, tre mesi dopo, una signora viene a chiedermi notizie dell'esame istologico del marito che avevo operato la settimana prima. Chiamo l'infermiera che mi porta la cartella, apro e c'è scritto: prostata normale... Mi è subito venuto in mente Tardif. "Dov'è che abita, signora?". "Abito in un paesino vicino Como". "E questa estate, è stata lì

tutta l'estate?". "No, abbiamo una casa a Gera Lario", lo stesso paese dove è avvenuta la messa di guarigione. Allora ho indagato: "Ma senta, il giorno tale...". Perché tutto questo? Noi, a quel tempo, stavamo facendo una ricerca e per tre mesi davamo un farmaco, un ormone che serve a rallentare un po' la malattia. Andavamo poi a vedere gli esami istologici una volta tolto il tumore e, se nei pazienti trattati rispetto ai non trattati, c'erano dei miglioramenti, questo farmaco allora era efficace. Quando è finita la ricerca si è stabilito che non serviva: il farmaco non faceva scomparire il tumore. Però questo signore, noi lo abbiamo operato tre mesi dopo la terapia, e in effetti non aveva più il tumore: io non so se per effetto del farmaco. Fatto sta che quel signore, quel giorno era presente alla messa, ha sentito questa frase e c'ero anch'io, l'ho sentita anch'io: c'è stata una doppia verifica. Io non dico niente, contatto l'anatomopatologo: "Guarda i vetrini se per caso c'è un errore, uno scambio di persona". "No, non c'è scambio di persona. Sai cos'è successo? Quelle quattro cellule di tumore, con la biopsia, gliele hai tirate via tutte, perciò è guarito, mica per altro". Ecco a cosa il positivismo può portare. Poi, magari, è guarito perché gli ha fatto bene il farmaco. Ma noi poniamo degli interrogativi.

CALABRETTO Lei ha fatto parte in passato dell'équipe medica che ha visitato i veggenti di Mejugorje, poco fa me ne parlava, vuole dire qualcosa?

COMERI Ho fatto parte di una équipe medica e abbiamo rilevato che i cosiddetti "veggenti" vivono in uno stato estatico, un'estasi, che è qualche cosa che non esiste in medicina, non esiste nella fisiologia, perché in quei 3 - 4 minuti in cui avviene l'apparizione della Madonna hanno una sospensione di tutte le facoltà sensoriali. Praticamente non vedono quello che vediamo noi, non muovono gli occhi, non hanno più movimenti oculari, hanno una insensibilità assoluta al dolore. Sono stati fatti alcuni esperimenti con strumenti che misurano l'intensità del dolore dando degli stimoli crescenti: quando non c'era l'apparizione il veggente arrivava a sopportare un'intensità di 5; durante l'apparizione arrivava a 50 senza sentire assolutamente niente. C'è quindi una insensibilità, come uno stato di anestesia. Si pensa che ci sia un blocco delle vie nervose che mettono in contatto i centri periferici con il cervello. Sono stati fatti degli accertamenti con potenziali sacrali evocati³, esami neurofisiologici molto fini, che ha sperimentato una équipe francese. Gli scienziati dell'Università di Montpellier hanno poi scritto un volumetto su questi risultati scientifici, in cui emerge che effettivamente i veggenti in quel momento si trovano in una situazione che da un punto di vista medico, scientifico, non è spiegabile. Questo lascia aperta la possibilità che abbiano un'esperienza molto particolare.

SCARAMUZZA Vorrei fare delle considerazioni riguardo alla domanda che ha fatto la signora, riguardo al miracolo, a questi fenomeni tipo Clapp e via dicendo. Anche nella mia esperienza ho avuto dei casi che esulano dall'attesa di una normale evoluzione. Le considerazioni che ho fatto io, e vorrei dividerle con voi, sono speculazioni di carattere filosofico, se vogliamo, di "filosofia biologica" o "biologia filosofica". Ecco ci sono persone che sono sopravvissute a lungo a diagnosi molto pesanti, non solo di tipo tumorale, ma

³ **Potenziali evocati**: studio delle risposte elettriche del cervello e del midollo a stimoli visivi, acustici, tattili.

anche per esempio di tipo ischemico vascolare, o epatologico come cirrosi con prognosi pesante e così via. Nella mia esperienza questi pazienti avevano un grado di consapevolezza del fenomeno molto basso, oppure hanno elaborato una relazione con la malattia. Allora mi sono domandato che cosa succede ai soggetti che per diversi motivi sviluppano la capacità, diciamo così, di adeguarsi, di armonizzarsi biologicamente, “psico-neuro-endocrinologicamente”, con questa presenza patologica all’interno del proprio corpo. Mi viene in mente, per esempio, l’esperienza di Clapp: la meditazione, la purificazione, il massaggio tantrico. In realtà, a un certo punto, noi antagonizziamo la malattia, forse proprio perché ci mettiamo in armonia con essa, entrando in una dimensione di “spiritualità”, in una dimensione di “non fare la lotta a tutti i costi a qualcosa che sta dentro di me e può farmi morire”. Ecco, e qui andiamo nella filosofia, penso che l’“armonia interiore” che arriva attraverso il sistema immunitario, attraverso il sistema neuro-endocrino, sia in realtà l’argine contro la patologia. È chiaro che se poi mi capiterà un tumoraccio cattivissimo con una aggressività biologica mostruosa, questo probabilmente non basta. Ritornando al tumore alla prostata, io ho un paziente che da venticinque anni è ammalato di tumore alla prostata e non si accorge neanche di averlo, ha novantatré anni e vive tranquillissimamente.

COMERI E non ha fatto i digiuni.

SCARAMUZZA Non ha fatto i digiuni, non ha fatto nulla, ha fatto la sua vita da pensionato tranquillo. Come spiegare, per esempio, il caso di una donna di Pordenone, una popolana, a cui venne fatta la diagnosi di cirrosi biliare primitiva⁴ e il famoso Professor Fiaschi sosteneva che potesse avere sei mesi, un anno di vita. Allora io ero uno studente e quando sono tornato a Pordenone, andavo a casa sua a visitarla, e pensavo: “Ma questa qui muore o non muore?”. Perché i sei mesi erano passati, è arrivata Pasqua, poi Ferragosto. In breve, è andata avanti per dodici anni ed è morta per tutt’altra ragione. Lei non aveva quasi consapevolezza di quello che le stava succedendo. Queste secondo me sono riflessioni non banali, perché ci portano in una dimensione di relazione con la malattia che può essere completamente diversa da quella che comunemente noi inneschiamo: dalla paura che noi abbiamo. D’altro canto, a un certo momento cos’è che ci resta? Ci resta la speranza, l’amore, l’affetto, queste risorse che sono tipicamente umane; e se noi sappiamo trasformarle in “armonia”, io uso questo termine, forse c’è una chance in più.

CALABRETTO È proprio così, noi non dobbiamo considerare la malattia come un nemico da combattere, il Male. C’è qualche altra domanda?

DAL PUBBLICO Vorrei chiedere a entrambi gli ospiti, com’è il vostro rapporto con i colleghi?

⁴ La **cirrosi biliare primitiva** (PBC) è una malattia infiammatoria cronica su base autoimmune che colpisce le vie biliari intraepatiche e determina così colestasi (ristagno di bile) e danno secondario a carico del parenchima epatico che va incontro a fibrosi.

COMERI Dal punto di vista del rapporto medico, con i colleghi specialisti, direi che è un rapporto di stima, loro sanno che non racconto frottole, e quindi sono in attesa di come vanno queste ricerche, questo approccio che non è in linea con quelli che sono gli atteggiamenti comuni. Poi è chiaro che se un paziente che viene da me e poi va da un altro, l'altro magari cerca di portarlo sulle sue posizioni, ma questo è un altro discorso. Però dal punto di vista del rapporto personale, è un rapporto in genere ottimo, quasi di amicizia con la maggior parte dei colleghi; non implica quindi una guerra con nessuno. C'è la possibilità di porsi in un atteggiamento un po' diverso da quello che è il sentire del coro generale e questo è, fortunatamente, tollerato bene.

SCARAMUZZA I rapporti sono in linea di massima buoni, perché lo scopo per ciascuno di noi è fare il meglio. Fortunatamente la medicina ci permette di interpretare il nostro ruolo professionale in maniera anche differenziata, quindi come c'è spazio per uno, c'è spazio per l'altro. È chiaro che quando si entra in rapporto con lo specialista, la relazione diventa più tecnica, ma lo scopo del medico di famiglia è proprio questo: prendere le nozioni dello specialista, l'indirizzo dello specialista e modularlo sul proprio paziente. Ecco perché allo specialista è consentito essere il "medico della malattia", mentre il medico di medicina generale dovrebbe essere "medico delle persone". C'è molto da fare, perché nell'attuale formazione, presso le facoltà di medicina, questi aspetti vengono praticamente sacrificati. Chi sceglie di fare il medico di medicina generale, cioè il medico della persona dovrebbe avere questa sensibilità e questa attenzione.

CALABRETTO Concludiamo questa serata ringraziando l'assessore Di Bisceglie, il dottor Scaramuzza, il professor Comeri. Grazie a tutti.