



Franco Berrino

Alimentare *il* Benessere

Come prevenire il cancro a tavola



Self-help / La Forza di Vivere

FrancoAngeli

Self-help / La Forza di Vivere

Questa serie di volumi si rivolge a tutti: malati, familiari, donne e uomini che direttamente o indirettamente hanno vissuto l'esperienza del cancro.

L'obiettivo è di fornire elementi di aiuto per trasformare un'esperienza negativa in un'opportunità, rinnovando il proprio equilibrio e la forza di vivere.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Franco Berrino

Alimentare *il*
Benessere

Come prevenire il cancro a tavola

Self-help / La Forza di Vivere

FrancoAngeli



*Associazione fondata nel 1973
a sostegno globale delle persone colpite dal cancro
e dei loro famigliari.*

ATTIVEcomeprima Onlus - Via Livigno, 3 - 20158 - Milano (Italy)
Tel. +39 02 6889647 • Fax +39 02 6887898
Web: www.attive.org • Email: segreteria@attive.org

*Pubblicazione realizzata grazie a una erogazione liberale
di Susan G. Komen Italia.*

Susan G. Komen Italia - Via Venanzio Fortunato, 55 - 00136 - Roma (Italy)
Tel. +39 06 3540551-2 • Fax +39 06 3013671
Web: www.komen.it • Email: komenitalia@komen.it

Progetto grafico della copertina: *Alessandro Petrini*

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Questi articoli, comparsi sulla rivista “Attive” nel corso di due decenni, sono riportati in ordine cronologico con solo minime correzioni o aggiunte nel caso riferissero di studi in corso che non avevano ancora pubblicato i risultati, o i cui risultati non siano poi stati confermati. Queste aggiunte sono scritte in caratteri corsivi. Un giudizio generale dell’autore è riportato nell’epilogo.

I numeri e le malattie	pag.	7
La questione etica della prevenzione	»	11
Il profumo del pane	»	14
Il cerotto della felicità	»	18
La saggezza del corpo	»	22
Vogliamo catturare i radicali liberi?	»	27
Le due strade della conoscenza	»	31
Prime considerazioni sul “Progetto Diana”	»	34
Se la prevenzione nasce sui fornelli	»	37
Pane e formaggio	»	41
Alcune raccomandazioni su ciò che è buono da mangiare	»	44
L’isola di Ippocrate	»	46
Fritto misto	»	49
Diamogli un calcio	»	52
Fitoestrogeni: che cosa sono, come agiscono	»	56
Ammalarsi a quarant’anni	»	59

Ingrassare in chemioterapia	pag.	64
Grand Fumeur Laramé	»	68
Menopausa? Naturalmente	»	75
Alimentazione e tumori	»	78
Alimentazione in ospedale	»	84
Fast Food & Soft Drink	»	86
Il nostro pane quotidiano	»	89
L'alimentazione durante la chemioterapia	»	92
Un seme di prevenzione	»	95
Homo sapiens et sedentarius	»	98
La Zona del Business	»	101
DIANA-4	»	103
Franco Berrino risponde	»	106
Mantenersi in forma	»	111
Ricette di Angela	»	113
Epilogo	»	125

I numeri e le malattie

Per conoscere le malattie nella loro reale portata bisogna utilizzare criteri statistici. Ma quanti sanno leggere correttamente una statistica, ammesso che sia stata correttamente condotta? Con quale fondamento si traggono certe deduzioni? In questo articolo un epidemiologo qualificato affronta lo spinoso argomento e ci mette sulla buona strada.

I numeri sono importanti in medicina. Nel 1834 Pierre Charles Alexandre Louis, il fondatore dell'epidemiologia clinica (la disciplina che studia le probabilità di guarigione) scriveva: "Se non le contiamo, come possiamo sapere se le malattie sono influenzate dalle stagioni; se sono ugualmente frequenti in due periodi della stessa durata; se i due sessi sono colpiti nella stessa proporzione; se lo stesso vale per le complicazioni delle stesse malattie; se le stesse differenze valgono, in ciascun sesso, a tutte le età della vita?".

I dati statistici

Nella medicina scientifica i numeri continuano ad essere richiesti e i ricercatori clinici sono costretti a imparare qualche elemento di statistica se vogliono pubblicare sulle riviste importanti. Nella pratica clinica però, non se ne fa uso se non in modo marginale; gli articoli scientifici diventano sempre più difficili, anche quando potrebbero essere semplici e la maggior parte dei medici non li sanno leggere criticamente accontentandosi dei riassunti, delle conclusioni divulgative.

Ciò è pericoloso perché un linguaggio da azzecagarbugli statistico non è garanzia di correttezza dei risultati. Le pubblicazioni scientifiche, anzi, tendono sempre più a fornire indici statistici sintetici, spesso senza sufficienti elementi per capire se sono stati computati da informazioni di buona qualità.

Riviste prestigiose addirittura usano un carattere più piccolo, quasi illeggibile senza lente, per la sezione che descrive i metodi; è la rivista stessa, ormai, che giudica cosa va pubblicato, che si pone a garante esclusivo

della correttezza, e al lettore, pur sempre più informato, viene tolta facoltà di giudizio.

Il linguaggio delle cifre

E la gente comune? Essa non è abituata a ragionare in termini di numeri, se non quelli della spesa quotidiana; e viene informata da strumenti infidi come i giornali e la televisione. Quando leggo le cifre delle malattie sui giornali, conoscendo bene l'argomento e l'affidabilità delle statistiche da cui sono tratte, mi rendo conto del perché mi è sempre stato così difficile capire gli articoli che descrivono la situazione economica del paese: è che per entrambi gli argomenti i giornalisti non sanno di cosa parlano, o non hanno capito loro stessi, e talvolta vogliono far sembrare le cose diverse da quello che sono.

Ma facciamo qualche esempio nel campo che interessa a questa rivista, quello dei tumori della mammella.

Il carcinoma della mammella

Quanto è frequente il carcinoma della mammella? Ci sono vari modi per rispondere. Il più semplice, in termini assoluti, è dire quante donne si ammalano, in un certo periodo di tempo, in una determinata popolazione. Ad esempio in Italia, ogni anno, si ammalano circa 38.000 persone, e il totale delle donne attualmente viventi che hanno avuto la malattia è circa 10 volte tanto, fra 250 e 300.000 persone. In termini tecnici si dice che l'incidenza annua del carcinoma mammario in Italia è pari a 30.000 e che la prevalenza di donne che l'hanno avuto, siano esse guarite o meno, è 250.000.

È tanto? È più o meno degli altri tumori? Perché tanta incertezza sul numero esatto? Certamente è tanto; è un tumore più frequente del carcinoma dell'intestino, tre volte quello dello stomaco e 4-5 volte quello dell'endometrio. L'incertezza dei numeri deriva dal fatto che non esiste un sistema informativo nazionale capace di contare tutti i casi che si verificano (un tale sistema sarebbe molto impegnativo e costoso); esistono invece una serie di registri tumori provinciali (a Varese, a Torino, a Firenze, a Genova, a Trieste, a Parma, a Forlì, a Latina e a Ragusa) che coprono circa il 10% della popolazione nazionale: in base ai dati dei registri e alle statistiche di mortalità nazionali si può stimare l'incidenza e la prevalenza complessiva nel paese.

Il calcolo dei rischi

Ma cosa ci dicono questi numeri sul nostro rischio? Sulla probabilità che ciascuna donna ha di ammalarsi? su quanto è più alto il nostro rischio rispetto ad altre popolazioni? Per saperlo abbiamo bisogno di altri indicatori, che tengano

conto della numerosità delle popolazioni da confrontare e della loro composizione per età.

La probabilità di ammalarsi, infatti, cresce con l'età, per cui il numero di casi sarà tanto maggiore quanto più è vecchia la popolazione. Per questo si calcolano, per ogni età, dei tassi di incidenza, ad esempio dei tassi annui, cioè il rapporto fra il numero di casi diagnosticati in una data classe di età in un anno e il numero di persone di quell'età effettivamente presenti in quell'anno nella popolazione studiata; si calcola ad esempio che in Italia l'incidenza a 50 anni è pari a 150 per centomila donne anno (centomila donne di 50 anni seguite per un anno).

Già si nota una difficoltà a spiegare in termini semplici un concetto non poi così semplice. Proviamo con un indicatore più intuitivo, facile concettualmente (anche se non sempre facile da calcolare), il rischio, che esprime la probabilità di ammalarsi in un certo intervallo di tempo, o di età.

L'età e la latitudine

Qual è, ad esempio, la probabilità che una donna di 45 anni si ammali di un tumore al seno entro i prossimi 5 anni? Nell'Italia del Nord è quasi dell'un per cento. Una donna su mille si ammala già entro i 35 anni, una su cento entro i 45 anni, una su cento fra i 45 e i 50, e altre 6 su cento fra i 50 e gli 80 anni, in totale circa 8 donne su cento si ammalano entro l'età corrispondente alla speranza di vita della popolazione femminile italiana; nell'Italia del Sud i rischi sono un po' più bassi: il rischio complessivo di ammalarsi nel corso della vita è circa del 5 per cento.

Anche queste cifre sono da intendere come approssimazioni; non è possibile dire oggi quale sarà il rischio delle bambine nate nello scorso anno: possiamo solo dire che, se la probabilità di ammalarsi a ciascuna età rimanesse costante nel tempo, circa 8 di loro contrarranno un tumore mammario entro gli 80 anni (purché non muoiano prima per altre cause).

Patologia in evoluzione

Ma già sappiamo che l'incidenza della malattia è in evoluzione: nelle generazioni succedutesi dall'inizio del secolo ad oggi il rischio di tumore della mammella è aumentato di quasi tre volte ma nelle donne più giovani sembra che non aumenti più; anzi il rischio delle donne che oggi hanno 40 anni (nate attorno al 1950) è lievemente più basso delle loro sorelle nate attorno al 1935-40.

Se questa tendenza dovesse continuare potrebbe voler dire che l'epidemia di carcinoma mammario che colpisce le nostre popolazioni ha raggiunto il suo culmine e l'incidenza sta per diminuire. Per saperlo dovremo attendere qualche anno e misurare il rischio della generazione degli anni '60, che oggi non ha an-

cora cominciato ad ammalarsi. In realtà l'incidenza è rimasta sostanzialmente stabile. C'è chi mi accusa di muovermi con freddezza fra cifre terribili che spaventano la gente, ma chi è più spaventato di chi non sa? Chi è più impotente di chi non vuole sapere?

I tumori polmonari

Un tumore altrettanto frequente che il carcinoma della mammella nelle donne è quello del polmone negli uomini, ma in questo caso la problematica è completamente diversa. Da un lato i tumori polmonari sono molto più maligni: mentre la maggior parte delle donne colpite da un tumore della mammella guarisce (oltre il 70%), quasi tutti i pazienti con un carcinoma polmonare ne muoiono. Dall'altro conosciamo molto bene le cause della terribile epidemia di tumori del polmone che si è diffusa in questo secolo tra gli uomini dei paesi occidentali e che ora sta diffondendosi sempre più fra le donne (si tratta del tabacco e di una serie di sostanze cancerogene che avvelenano l'aria degli ambienti di lavoro e di vita) mentre conosciamo ben poco delle cause dei tumori della mammella.

Sappiamo inoltre che la diagnosi precoce è uno strumento molto importante per i tumori della mammella (soprattutto attraverso il controllo mammografico, almeno nelle donne di 50 anni o più, e purché di ottima qualità) ma ben poco utile nei tumori del polmone.

Le conseguenze in termini di politica sanitaria sono evidenti: una politica economica che scoraggi il consumo di tabacco e favorisca la riduzione dell'inquinamento per prevenire il cancro del polmone; e per il cancro della mammella una politica che investa da un lato nella ricerca delle cause e dall'altro nella organizzazione di programmi di screening mammografici nelle età in cui si sono dimostrati efficaci. E la politica è cosa di tutti, non solo di chi sa di numeri e di tumori.

(ATTIVE anno X - n° 1 - Aprile 1993)

La questione etica della prevenzione

“Ciascuno è il soggetto maggiormente interessato al proprio benessere; l’interesse di chiunque altro, salvo che in caso di profondi legami personali, è minimo in confronto al suo; l’interesse che la società ha per l’individuo (eccezione fatta per la sua condotta verso gli altri) è scarsissimo e del tutto indiretto, e inoltre l’uomo e la donna più ordinari hanno i mezzi di conoscere i propri sentimenti e la propria condizione incommensurabilmente superiori a quelli di cui può disporre chiunque altro... Tutti gli errori che possono commettere ignorando consigli e ammonimenti saranno un male infinitamente inferiore a quello di lasciarsi costringere a fare ciò che gli altri ritengono il loro bene”
(dal “Saggio sulla Libertà” di S. Mill).

In che senso si può porre una questione etica della prevenzione? La prevenzione è un bene su cui tutti concordano. Non è forse la prevenzione antonomasticamente etica? Come il far del bene? Pur di far del bene agli altri saremmo disposti a passare anche sopra la loro libertà, come in Africa. L’edonismo preventivo contro il cinismo fatalistico. Perdonali, Signore perché non sanno quello che fanno, ma noi che sappiamo abbiamo il dovere di agire anche per loro che non sanno.

Il linguaggio etico è un linguaggio prescrittivo, esattamente come il linguaggio preventivo. Ogni donna, si sa, deve farsi visitare dal ginecologo almeno una volta all’anno. E ogni uomo, al di sopra di una certa età, dovrebbe sottoporsi ad una esplorazione rettale una volta all’anno. “Confessarsi almeno una volta all’anno e comunicarsi almeno a Pasqua”. Sì, ma perché? Chi l’ha stabilito? In base a quali conoscenze? Quale autorità? Quali prove?

Per la prevenzione, naturalmente: dei tumori dell’utero, dell’ovaio, della mammella, della prostata e di altre malattie; questi tumori, infatti, se presi all’inizio del loro sviluppo, possono essere curati radicalmente. Meglio quindi prenderli prima ancora che abbiano dato segno di sé, con esami a tutta la popolazione sana.

Lo hanno raccomandato autorevoli medici e società scientifiche, in tutto il mondo; talvolta medici e scienziati si sono riuniti in conferenze che vengono chiamate “del consenso”, hanno discusso il pro e il contro, hanno raggiunto un consenso, fra di loro, su ciò che è meglio per tutti gli altri uomini del pianeta. E hanno prodotto precise raccomandazioni, per ogni esame preventivo, a chi, a quali età, con quali frequenze.

La loro esperienza è drammatica, hanno visto morire pazienti che si erano rivolti al medico quando la loro malattia era ormai al di là di ogni possibilità di guarigione e non vorrebbero che ciò dovesse ancora succedere.

La possibilità di prevenire anche solo pochi casi della terribile sofferenza che loro così bene conoscono vale certamente il piccolo disagio e i modesti costi che si impongono agli altri, quelli che non avranno beneficio perché non sono destinati ad ammalarsi. Dov'è allora il problema?

È che la responsabilità di intervenire con atti medici sulla popolazione sana è molto più complessa rispetto al tradizionale intervento medico sul malato.

È il malato che si rivolge al medico per chiedere aiuto e il medico ha il dovere di aiutarlo, al meglio della sua conoscenza, anche se il suo agire talvolta comporta dei rischi. I medici migliori illustrano i rischi ai pazienti ed esaminano con loro tutte le alternative. Ma quando è l'istituzione sanitaria che si rivolge ai cittadini sani proponendo interventi non richiesti, il contratto, anziché essere esplicito, assume la forma della pubblicità, e solo gli aspetti migliori del prodotto vengono illustrati. Quando poi le dimensioni del programma di prevenzione diventano così importanti da coinvolgere tutta la popolazione si aggiungono elementi organizzativi, economici, corporativi tali da rendere sempre più difficile riconoscere quali sono le ragioni vere degli interventi proposti e dipanarle dalle sovrastrutture burocratiche e dagli interessi economici.

Facciamo un esempio. Oggi è teoricamente possibile ridurre di un terzo la mortalità per tumore della mammella nella popolazione di età superiore a 50 anni organizzando programmi di screening mammografico per riconoscere lesioni maligne asintomatiche. Dico “teoricamente” perché per raggiungere questo obiettivo occorre lavorare al meglio delle possibilità tecniche e organizzative.

Quali sono i rischi a fronte di questo beneficio? Oggi ogni dieci donne che si ammalano di carcinoma della mammella circa sette guariscono mentre tre sono destinate a morire; un efficace programma di screening potrebbe salvare una di queste tre vite. Una donna su dieci avrebbe quindi un vantaggio molto importante. Le altre nove però avrebbero un certo svantaggio, quello di avere un tumore diagnosticato in anticipo rispetto a quando sarebbe stato scoperto in assenza del programma di diagnosi precoce. L'anticipo è mediamente di tre anni. Alcune di loro ne ricaverebbero il vantaggio di poter scegliere una terapia più conservativa ma per la maggior parte non vi sarebbe nessun tipo di vantaggio.

Vi sono poi altre donne con solo svantaggi. Sono i cosiddetti falsi positivi. Per ogni caso di cancro che si identifica con la mammografia vi sono due o tre donne che non hanno nulla ma che devono essere sottoposte ad una biopsia chirurgica perché l'esame mammografico era molto sospetto; solo la biopsia infatti può escludere, in questi casi, che vi sia un carcinoma.

In qualche programma fino a 10 donne vengono biopsiate per trovare un solo tumore. Per altre donne, infine, molte di più, il sospetto radiologico non implica una biopsia ma solo una ripetizione dell'esame, o un accertamento citologico, o una serie di visite cliniche; in questi casi il danno è "solo" psicologico ed economico. Con il miglioramento delle tecniche diagnostiche si è ridotto notevolmente il numero delle biopsie per falsi positivi, ma contemporaneamente è aumentato un altro tipo di falso positività, la cosiddetta sovradiagnosi, cioè la diagnosi di tumori che non si sarebbero mai manifestati se non fossero incappati nelle maglie dello screening. Sulla loro frequenza si discute molto, ma è tutt'altro che trascurabile.

Chi scrive è convinto che nel caso della mammografia il beneficio per una donna valga il "modesto" danno che si impone a 10 o 100 altre; ma le convinzioni di una persona dipendono dalla sua storia, dalla sua sensibilità, da tanti fattori soggettivi anche opportunistici, oltre che dalla conoscenza e dalla razionalità. Con quale diritto potrebbe imporre la sua convinzione soggettiva a tutti gli altri? Così come si fa nelle campagne di "educazione" sanitaria che non danno le informazioni nella loro completezza, esplicitando vantaggi e svantaggi. Chi deve decidere per la propria salute se non gli interessati stessi? Come fanno a decidere se non hanno gli elementi conoscitivi? Chi si può arrogare il diritto di decidere se la gente preferisce non sapere e delegare ai tecnici le loro scelte di salute?

Chi scrive è anche convinto che non vi sia alcuna prova che una visita ginecologica una volta all'anno porti qualche beneficio, e quindi non sarebbe da raccomandare. È convinto inoltre che uno screening per il cancro della prostata farebbe più danni che benefici, che è sufficiente che le donne facciano il pap-test ogni tre anni invece che ogni anno come viene ancora raccomandato, che anzi farlo ogni anno possa essere pericoloso, che la mammografia per le donne asintomatiche sia da raccomandare dopo i 50 anni ma non prima; ma altri sedicenti esperti la pensano diversamente. Qualcuno obietterà che qui non si è parlato della vera prevenzione, che consiste nella eliminazione delle cause delle malattie, e che in questo caso alla priorità della prevenzione non si opporrebbero questioni etiche; ma non è detto e ne parleremo la prossima volta.

(ATTIVE anno X - n° 2 - Settembre 1993)

Il profumo del pane

Stavolta si parla del pane. Ma sotto un profilo particolare: la conservazione della salute. E già che ci siamo: come comportarci con la carne e le verdure?

Avete mai provato a fare il pane? Molti pensano che sia difficile, che sia necessario chissà quale forno, e invece è la cosa più facile del mondo, anche con il forno di casa. Basta comprare una buona farina integrale, mescolarla con un po' d'acqua, tanta quanto basta per impastare senza che la farina si appiccichi alle mani, con un mezzo cucchiaino di sale e, se volete, con un po' d'olio d'oliva.

Intanto si fa sciogliere un cucchiaino di lievito di birra in poca acqua tiepida con una punta di zucchero o di miele (sembra che alle bestioline del lievito piaccia molto) e quando è ben gonfiato lo si aggiunge all'impasto. Meglio ancora si utilizza la cosiddetta pasta acida e si conserva una pagnottella per far lievitare il pane della settimana dopo. E poi si impasta, si impasta fino a che si è stanchi, e dalle punta delle dita si fa uscire tutta la rabbia, tutti i rancori del giorno, i disgusti, le gelosie: per questo il buon pane fa bene. Ora non resta che lasciarlo riposare, in un canto tranquillo, al riparo da spifferi freddi, coperto da un panno, a lievitare, per almeno un'ora. Poi nel forno scaldato al massimo (220-250 gradi) per dieci minuti e ad una temperatura un po' più bassa per tre quarti d'ora, o giù di lì. E per chi è un po' leggero di testa, come me, è raccomandabile mettere la sveglia. Io non li ho letti ma so che sul pane sono stati scritti molte centinaia di libri: ho avuto occasione di sfogliarne qualcuno in una biblioteca milanese, dove ce n'è una splendida collezione.

Sapete perché il pane che si compra non è così buono come quello che si può fare in casa? Le precise ragioni scientifiche ve le risparmio, ma dipende dai lieviti chimici che si usano per farlo gonfiare, dai grassi che talvolta si aggiungono perché le impastatrici meccaniche funzionino bene, dalla farina bianca che è stata privata della componente più ricca e gustosa, il germe, e della crusca, lasciando quasi solo amido. Il peggio sono i

panini “integrali” fatti aggiungendo alla farina bianca una manciata di crusca. La ragione per cui si usa la farina bianca è che quella intera è più deperibile, se non la si consuma entro l’anno diventa rancida e finisce per fare le farfalline.

Presenta quindi maggiori problemi per la distribuzione e la gestione commerciale delle scorte. La farina raffinata invece, con l’aggiunta di agenti sbiancanti e conservanti, può anche restare degli anni in un silos, se non se la mangiano i topi.

Fidiamoci dunque del pane integrale casalingo. Non è detto che riduca molto il rischio di tumori, ma certamente un po’ sì, e soprattutto è più buono. Non è vero che sono i consumatori che pretendono il pane bianco: certo che se del pane integrale conoscono solo quello del tempo di guerra o le michette addizionate di crusca hanno ragione a dire che è una porcheria. Se i bambini sapessero quant’è buona una fetta di pane vero, i produttori di merendine potrebbero chiudere bottega. E con cosa lo mangiamo questo pane? Ma con l’olio, con il miele, con l’insalata, con le acciughe, con la frutta, con una bella grigliata di verdure, con tutto quello che ci piace, e anche con niente, che tanto è buono lo stesso...

Una particolarità del nostro paese, dove lo stile del cibo cambia molto dal nord al sud, è che la gente del sud si ammala meno di quasi tutti i tumori. È vero per i tumori dell’intestino, dello stomaco, della mammella, del polmone, per tutti i grandi killer. Non siamo sicuri che tutta la differenza sia dovuta al cibo, ma è probabile che una buona parte lo sia. Ad anni di distanza sappiamo che questa grande differenza tra Nord e Sud si è ormai persa e rischia di invertirsi, così come si è persa la dieta mediterranea.

In Lombardia, ad esempio, la probabilità che una donna immigrata dal sud si ammali di un tumore al seno è solo la metà rispetto a una donna lombarda: su 100 donne immigrate circa quattro sono destinate ad ammalarsi nel corso della vita, mentre su cento donne lombarde ben otto si ammaleranno. Ma la protezione vale solo per le donne immigrate da grandi, dopo l’età dello sviluppo; quelle che sono immigrate da bambine hanno lo stesso rischio delle coetanee lombarde. Perché? Non lo sappiamo, ma sospettiamo che sia proprio quello che hanno mangiato da bambine che continua a proteggerle.

La mammella delle bambine è sensibilissima agli stimoli cancerogeni. Lo sappiamo per gli studi sui rischi da radiazioni: fra le donne sopravvissute alla bomba di Hiroshima sono proprio quelle che allora erano bambine che oggi hanno un rischio molto alto di tumori al seno. Lasciamo dunque che le nostre bambine mangino bene (non “tanto”, ma “bene”) e cerchiamo di evitare loro ogni esame radiologico non indispensabile.

Ma cosa mangiava questa gente del sud per essere così protetta? Pane, naturalmente, e pasta, e legumi, broccoli, cime di rapa, pomodori, melanzane, ogni

tipo di verdura, pesce azzurro e arance, e qualche volta, la domenica, la carne. Ma sarà proprio vero che a mangiare come mangiavano una volta i “terroni” ci si ammala di meno?

Non sappiamo con precisione che cosa c'è di così protettivo nelle verdure, ma sappiamo che tutti gli studi finora condotti hanno concordemente riscontrato che chi mangia molte verdure e frutta si ammala di meno; non è una sostanza magica che possiamo prendere in pillola, ma più probabilmente un cocktail di fattori protettivi, ben dosati dalla natura, che difendono le nostre cellule dall'aggressione, vitamine, alcuni sali, alcuni composti essenziali per i complessi sistemi che proteggono il DNA da danni ossidativi.

E i pesticidi? Con tutte quelle porcherie che si usano in agricoltura non è che poi mangiando verdure ci avveleniamo ancora di più? No, cioè sì, è vero che ci avveleniamo un po', ma tutte quelle sostanze tossiche dell'agricoltura chimica le mangiano anche gli animali, e si accumulano nei grassi, per cui ne assumiamo di più mangiando la carne e il latte e i formaggi che mangiando l'insalata.

Ancor oggi, mangiando carne e bevendo latte, finiamo per assumere sostanze come il DDT, che non si usa più da oltre 20 anni, ma che l'ambiente non riesce a digerire. E tutto quello che mangiamo rimane dentro di noi, perché il nostro metabolismo non è attrezzato per eliminare queste sostanze. Oggi ci sono tecniche per misurarne la presenza anche in piccole quantità nel sangue; si è visto, ad esempio, che le donne che si ammalano di cancro al seno hanno livelli più alti di DDT e di altri idrocarburi clorurati nel sangue. Questo non vuole dire necessariamente che il DDT causi il cancro della mammella, ma è probabile che la stessa alimentazione che porta ad accumulare DDT nel nostro organismo ne sia in qualche modo responsabile. È un campo in cui sarebbe importante investire molto lavoro di ricerca. *Studi successivi a questa nota non hanno confermato questa associazione con il DDT, ma rimane il sospetto che sostanze chimiche con azione ormonale usate in agricoltura (i cosiddetti interferenti endocrini) abbiano contribuito all'aumento dell'incidenza dei tumori al seno.*

E a chi non piacciono le verdure? Mangi almeno quelle poche che gli piacciono. E se non piace nessuna? Mangi almeno un po' di frutta tutti i giorni, e qualche volta il minestrone! E se non piace neanche la frutta e il minestrone? Beva qualche spremuta e qualche frullato di mela e carota, che tanto i liquidi vanno sempre giù. Se non riesce a fare neanche questo vuol dire che è proprio fissato e non gli rimane che la psicoanalisi. Fra le verdure è importante non dimenticare quelle rosse e quelle gialle, come la zucca, le carote, le albicocche, i meloni (oggi che cominciano a trovarsi sui nostri mercati anche i manghi e le papaie) che sono ricche di carotenoidi; ma anche tutte le verdure verdi vanno bene; le patate, invece, servono a poco (non è che facciano male ma non sono mai risultate protettive).

Verdure crude, verdure cotte, van bene tutte (ma non troppo cotte o bollite in molta acqua, che poi si butta via con tutto il buono, meglio solo scottate, o cotte a vapore, al forno o anche fritte).

E la carne? Non si deve mangiare? Ma sì che si può mangiare: l'importante è che non si pensi che si debba mangiare (o che i nostri bambini la debbano mangiare); ogni tanto, se vi piace, una buona bistecca potete mangiarla, anche con una montagna di patate fritte alla Tex Willer, purché mangiate anche verdura, tutti i giorni, due volte al giorno, e a colazione una insalata di arance. Insalata di arance? E cosa sarebbe? diranno i miei lettori nordisti. Prendete un'arancia, la sbucciate lasciando un po' del bianco della buccia, la tagliate a rondelle, gli spolverate sopra un po' di origano, un po' d'olio, un pizzico di sale (ma è buona anche senza) ed eventualmente un pezzettino di cipolla cruda tagliata fine (chi ha paura che gli venga su può lasciarla prima 10 minuti nell'acqua, che diventi bella dolce). A me non piace tanto ma c'è chi aggiunge anche pompelmo e limone. Peccato che qui a Milano non si trovino i cedri.

(ATTIVE anno XI - n° 2 - Maggio 1994)

Il cerotto della felicità

La prevenzione delle malattie è un principio sacrosanto, ma come ci si può orientare quando i rimedi suggeriti dall'industria farmaceutica sono numerosi e non tutti rigorosamente sperimentati? Questo articolo prende in esame i più celebrati farmaci "preventivi" di cui si sente parlare -fin troppo - in questi anni.

Un'amica che ha circa la mia età, che fa il mio stesso mestiere a Parigi, e che ha appena smesso di prendere la pillola anticoncezionale, mi diceva che ora dovrà decidere se prendere ogni giorno una pastiglia di aspirina per prevenire l'infarto, di estrogeni per prevenire l'osteoporosi (a Parigi non sanno nemmeno che esiste la calcitonina di marca tangentopoli), di progesterone per il cancro dell'endometrio causato dagli estrogeni, oppure di tamoxifen per il cancro della mammella, o di una qualche statina per abbassare il colesterolo. E inoltre, siccome fuma qualche sigaretta, un cocktail di betacarotene, selenio e vitamina E altri meravigliosi antiossidanti per ridurre il rischio del cancro del polmone (e magari anche per le rughe), senza naturalmente dimenticare la vitamina C che serve per quasi tutte le malattie.

Ce n'è per tutti i gusti e per tutte le tasche. La prevenzione non si nega a nessuno e l'industria farmaceutica è sempre in prima linea per proporci gli ultimi ritrovati contro l'invecchiamento fisiologico e contro i "radicali liberi", ancora prima che ne sia ragionevolmente provata l'efficacia e l'innocuità. Per una fortunata coincidenza economica, infatti, i sani sono più dei malati, quindi il mercato delle medicine per i sani è più redditizio di quello delle medicine per i malati. Non ci sarà neanche più bisogno, finalmente, di inventare nuove malattie inesistenti per vendere farmaci inutili. Se il tono disfattista di questo scritto vi mette a disagio, confortatevi: lo sono anch'io.

Il pericolo di scritti come questo è di favorire ulteriormente quella forma di qualunquismo già dominante in cui le notizie di cui ci si può fidare vengono irrimediabilmente mescolate con quelle circondate da grande incertezza e da

poca serietà scientifica: il marasma informativo in cui solo più la pubblicità riesce a condizionare i comportamenti.

Ma era stata Anna Keller a sollecitare questo articolo, e la luce del suo giudizio mi incoraggia a pensare che possa fare più bene che male.

L'aspirina

Veniamo dunque ad un esame della ragione delle mie preoccupazioni su quella che chiamiamo prevenzione farmacologica. Prendendo un'aspirina al giorno si riduce il rischio di infarto. Lo sappiamo perché 20.000 medici americani hanno fatto il seguente esperimento: 5.000 di loro, estratti a sorte, prendevano quotidianamente una pillola di aspirina, 5.000 una pillola di betacarotene, 5.000 una pillola contenente entrambe queste sostanze e 5.000 una pillola eguale alle altre ma senza alcun principio attivo, e nessuno sapeva cosa stava prendendo. Dopo alcuni anni la frequenza di infarti fra i medici che prendevano aspirina si era così ridotta che fu deciso di interrompere l'esperimento per consentire a tutti di beneficiare di questo trattamento preventivo. Sennonché alla riduzione degli infarti non corrispondeva una riduzione della mortalità generale, perché chi prendeva aspirina sembrava più a rischio degli altri di morire per altre malattie cardiocircolatorie, in particolare di emorragia cerebrale. Anche i grandi studi sui farmaci che abbassano il colesterolo hanno fornito risultati al contempo incoraggianti, perché hanno visto una riduzione importante delle malattie di cuore, e sconsolanti, perché non hanno dimostrato alcuna riduzione della mortalità totale; nello studio che utilizzava un farmaco chiamato colestiramina, ad esempio, a fronte della diminuzione della mortalità cardiovascolare c'è stato un pari aumento dei decessi per incidente o per suicidio, senza che si sia riusciti a capire perché: sarà stato un caso o dobbiamo sospettare che le alterazioni funzionali che si provocano cercando di modificare farmacologicamente il livello di colesterolo sono così complesse che sfuggono alla nostra capacità di previsione? I medici devono ovviamente intervenire sui casi di ipercolesterolemia familiare o in altri specifici casi patologici; ma sono autorizzati, moralmente e scientificamente, a fare gli apprendisti stregoni sui loro assistiti sani che hanno il colesterolo un po' alto?

Un esperimento simile a quello dei medici americani, questa volta condotto su 30.000 fumatori per valutare la possibilità di prevenire il cancro del polmone con vitamina E, associata o meno a betacarotene, è appena terminato in Finlandia. Era cominciato all'inizio degli anni ottanta, quando già si sapeva che chi ha una dieta ricca di frutta e verdura si ammala meno di cancro del polmone, ma non si sapeva, come ancora oggi non si sa, cosa ci sia, nelle verdure, che ci protegge. Non appena saranno disponibili i risultati ne parleremo su queste pagine; nel frattempo è prudente limitarci a quello che sappiamo: mangiamo più frutta e verdura ma non facciamo gli apprendisti stregoni. Neanche