

## Intervista **LUCIO LUZZATTO** di Matteo Borri

All'interno della manifestazione culturale Pianeta Galileo si è tenuto a Grosseto il 23 ottobre 2007 un incontro su La ricerca per alleviare il Cancro. Tra i relatori vi era il professor Lucio Luzzatto - oncologo di fama mondiale - che ha recentemente pubblicato il libro *Capire il cancro. Conoscerlo, curarlo, guarire* (Rizzoli, 2006). Al termine dell'incontro, il professor Lucio Luzzatto si è concesso per una breve intervista.

<http://www.consiglio.regione.toscana.it/news-ed-eventi/pianeta-galileo/pagine/default.asp?anno=2007&provincia=3>

### **1. Le cause del formarsi del cancro sono generalmente di tipo ereditario, o esiste anche una derivazione da fattori ambientali e sociali? Si può definire una relazione tra i due casi?**

La domanda contiene in sé già una parte della risposta. È certo che giocano un ruolo sia fattori ambientali sia fattori ereditari. Sappiamo ad esempio che ci sono alcune famiglie che apparentemente pagano uno scotto troppo alto. In alcuni casi riusciamo addirittura a identificare il gene responsabile, in altri casi no; ma complessivamente ci sono almeno una cinquantina di geni già noti che influenzano fortemente il rischio di cancro, e se ne stanno cercando altri che influiscono più debolmente.

Per quanto riguarda i fattori ambientali, il fumo delle sigarette è pericoloso, è scritto su ogni pacchetto e questo significa qualcosa, cioè che l'effetto è molto grave, soprattutto per il cancro al polmone ma non soltanto. Altri fattori ambientali certamente ci sono. Purtroppo esistono degli inquinanti industriali e talvolta ambientali come il famoso amianto che causa il mesotelioma.

Oggi si parla molto di stili di vita; un fattore di rischio – non molto noto ma importante – è il soprappeso. Da questo risulta evidente che forse non è soltanto – come solitamente viene detto – il tipo di dieta ma anche la quantità della dieta. Se ci moderiamo è meglio: e ancora più utile è fare esercizio fisico per smaltire calorie.

### **2. Generalmente chi si occupa di comunicare – e a chi in prima istanza (parenti, diretto interessato...) – il riscontro di una malattia del genere? Esiste una figura ben definita che ha questo compito?**

Chi se ne occupa, solitamente, è chi fa la diagnosi. All'atto pratico oggi l'indice di sospetto è alto, e viene praticata qualche indagine. Ci sono dei tumori (cutanei ad esempio) in cui un dermatologo può fare la diagnosi solo guardando. Nella maggior parte dei casi invece

occorrono o una procedura radiologica o una biopsia che portano alla diagnosi e allora di solito chi ha richiesto l'analisi è anche quello che poi dà la notizia al paziente.

E secondo me è bene che sia così: il paziente si aspetta una risposta dalla persona alla quale è andato a porre la domanda. Nello stesso tempo ci vorrebbe però anche un sostegno psicologico quando si apprende una notizia del genere.

### **3. Esiste un criterio standard dal punto di vista della divulgazione in ambiente extra-scientifico?**

Se devo rispondere concisamente (da anglosassone) la risposta è no. Forse però è meglio rispondere in modo più articolato. Penso che sia un po' difficile standardizzare la divulgazione. Mi domanderei piuttosto quanto gli scienziati e quanto gli esperti di media in generale partecipino alla divulgazione e alla percezione sociale della malattia.

Quando ero giovane gli scienziati non comparivano quasi mai sui media. Prendiamo ad esempio il 1953, quando Watson e Crick hanno scoperto il modello del DNA: nei media non apparve niente. Cinquanta anni dopo, per l'anniversario della scoperta, non si parlava d'altro.

E ora il Signor Venter fa notizia perché ha annunciato un esperimento che è sì molto interessante ma nemmeno lontanamente paragonabile all'evento di cui ho appena parlato.

Non c'è standard dunque. Personalmente sono dell'idea che gli scienziati non siano affatto obbligati a fare divulgazione scientifica ma quelli che lo fanno svolgono una funzione utile. È anche per questo che ho scritto il libro *Capire il cancro*: per comunicare con il pubblico, appunto.

### **4. Esiste un criterio standard relativo alla comunicazione ed al rapporto con il paziente?**

Ho una convinzione molto radicata, sebbene non possa dire che sia condivisa da tutti.

Ritengo che faccia parte del lavoro del medico non solo fare la diagnosi ma anche comunicarla in modo corretto al paziente. Che poi a fare la comunicazione sia il medico che per primo ha visto il paziente, o il team insieme, o un tutor designato ad hoc, è da discutere: ma qualcuno lo deve fare. Secondo me va fatto senza dire bugie. Uso volutamente questo termine, che può sembrare provocatorio, perché purtroppo succede ancora – in forma larvata e per la mia esperienza specialmente in Italia – di leggere referti in cui appaiono termini criptici come per esempio “lesione di presumibile natura

cariocinetica”. La cariocinesi è la divisione cellulare; questo dunque dovrebbe essere un termine eufemistico per dire “una lesione probabilmente dovuta a cellule che si dividono”, in altre parole una lesione probabilmente tumorale. A chi si vuole nascondere la corretta comunicazione? Probabilmente non al collega ma al paziente.

Sinceramente sono molto perplesso di fronte ad una possibilità del genere, per due motivi. In primo luogo perché nascondendo qualcosa è come se volessi saperne di più del paziente, che però è il soggetto della malattia. Si tratta del suo corpo, non del mio: dunque io non penso di avere questo diritto.

Il secondo motivo riveste una importanza pratica: dovranno essere fatte delle scelte terapeutiche. A mio modo di vedere, tali scelte devono essere concordate tra il medico (o l’equipe) e il paziente, soprattutto nel campo dei tumori; spesso c’è più di una opzione. Se il paziente non è pienamente informato sulla situazione, è chiaro che non può partecipare a queste scelte o – peggio – non può farlo in modo ottimale dal suo punto di vista. Spesso si tratta di scelte molto personali. Di fronte ad un tumore avanzato, ad esempio, un paziente potrebbe voler lottare per qualche settimana in più anche a prezzo di tossicità cioè di interventi “pesanti”; in condizioni simili un altro paziente potrebbe chiedere invece solo di essere lasciato in pace. A me sembra chiaro che di questi due atteggiamenti non ce ne è uno giusto e uno sbagliato: si tratta di due scelte diverse, ugualmente rispettabili. Noi dobbiamo creare il terreno sul quale la scelta possa essere fatta, e a me sembra che la *full disclosure* sia un presupposto. È un compito non facile, che mette a prova non solo la nostra professionalità, ma anche la nostra umanità.