

PIANETA

SALUTE

bimestrale di informazione per la famiglia su tutto ciò che è benessere, medicina e fitness



IL METODO DI BELLA

IL DOTT. GIUSEPPE DI BELLA E NEL RIQUADRO IL PROF. LUIGI DI BELLA

TRAPIANTO DI CORNEA

IL DOTT. LUCIO BURATTO



IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
INCONTRA IL VERTICE DELL'ASSOCIAZIONE
NAZIONALE FRA LE BANCHE POPOLARI

IL METODO DI BELLA

Prevenzione e terapia dei tumori: cosa è cambiato?

di Giuseppe Di Bella

Ragioni del mio impegno per il riconoscimento e la diffusione del Metodo Di Bella

Più ampie e documentate sono le conferme scientifiche della terapia Di Bella, maggiori sono le censure e le intimidazioni verso i medici che la praticano o l'approvano. Un'attenta regia ha pianificato sia la disinformazione, che un ermetico blocco dell'informazione sulle evidenze scientifiche e conferme cliniche del MDB, censurando queste inquietanti verità che, se conosciute, potrebbero innescare imprevedibili e gravi reazioni. Continuo la battaglia di mio padre per affrancare il medico dal sempre più avvilente asservimento al potere politico burocratico, emanazione di quello economico finanziario.

Per oltre quaranta anni ho seguito le ricerche di mio padre, il Prof. Luigi Di Bella, l'evoluzione del suo pensiero scientifico, la sua esperienza clinico - diagnostica, gli effetti terapeutici, le vessazioni, i contrasti, le umiliazioni che hanno contraddistinto la sua lunga attività di docente universitario, di medico e di scienziato. La totale incapacità di ingraziarsi i potenti e procacciarsi protettori eccellenti, d'inserirsi nelle mafie di potere, la sua repulsione istintiva al servilismo, al compromesso, all'adulazione, alla disonestà, unitamente ad un carattere schivo e al vizio imperdonabile di usare la parola per esprimere il proprio pensiero e non per dissimularlo, hanno penalizzato la sua carriera. Così come le meschinità e le invidie per i risultati clinici e scientifici conseguiti. Ho appreso come la diagnosi, punto d'arrivo, traguardo e compendio delle capacità del medico, derivi da un raro equilibrio che è esatta valutazione d'ogni dato semeiologico e anamnestico, clinico e strumentale, da un'intuizione affinata dall'esperienza, sostenuta dalle capacità, rafforzata dalle conoscenze, vivificata dal buon senso. In questi quaranta anni ho constatato che puntualmente intuizioni che si potrebbero definire storiche per il progresso scientifico e le scienze mediche, come le possibilità terapeutiche e il razionale d'impiego di Retinoidi, Melatonina, Somatostatina, sono state accolte con scettica indifferenza dal mondo scientifico e puntualmente confermate in media 30 anni dopo. La profondità sconcertante e sempre attuale del pensiero di un grande filosofo tedesco, Schopenhauer, sembra preludere alla vicenda del medico e scienziato Luigi Di Bella quando afferma che ogni grande verità (o scoperta scientifica) attraversa tre fasi: prima viene ridicolizzata, poi violentemente contrastata, infine accettata come ovvia. Il prof. Di Bella prima fu definito stregone, sciamano, poi contrastato con ogni mezzo, infine, hanno cercato di appropriarsi di quelle scoperte che avevano ridicolizzato. Non ho il benché minimo merito né parte nelle ricerche di mio padre, mia unica ambizione è diffondere e far conoscere la sua opera e il suo pensiero scientifico.

Sperimentazione ministeriale del 1998 del MDB

Nella prima pagina del sito ufficiale www.metododibella.org, alla sezione "In evidenza", in quella "Legali e legislative", e nella voce "Sperimentazione MDB I e II" sono riportati documenti ufficiali tra cui un verbale firmato da 2 marescialli dei N.A.S a conclusione di un'ispezione a 28 centri della sperimentazione e all'Istituto Superiore di Sanità. I N.A.S hanno accertato e verbalizzato l'erogazione di farmaci scaduti a 1048 pazienti in sperimentazione e l'inquinamento della soluzione di retinoidi con acetone, notoriamente tossico e cancerogeno. Il verbale integralmente ri-



Dott. Giuseppe Di Bella

portato in www.metododibella.org e nella monografia "Il Metodo Di Bella" conclude: "Ne consegue quindi che i risultati ottenuti dalla sperimentazione siano sicuramente inattendibili". Queste sono solo 2 delle undici, grossolane, gravi ed evidenti anomalie, integralmente documentate in www.metododibella.org, che hanno totalmente destituito di ogni dignità scientifica e indicazione clinica la sperimentazione, come denunciato da diversi articoli su note riviste internazionali. L'editorialista della prestigiosa rivista *British Medical Journal* (BMJ 1999 :318:208-9) Marcus Muller, fatto del tutto inusuale, ha aspramente criticato la scientificità della sperimentazione nell'articolo "Di Bellas' therapy, the last word?". La conferma della delegittimazione nell'articolo di Rey "Compared to what?" del 22/01/99. La smentita totale e inappellabile della sperimentazione deriva dalla letteratura scientifica internazionale che ha certificato l'efficacia antitumorale senza tossicità di quegli stessi principi terapeutici di cui la sperimentazione aveva al contrario attestato inefficacia e tossicità. Alla luce di questi dati documentati e verificabili, chi ancora si nasconde dietro la sperimentazione per delegittimare il MDB, dovrebbe avere almeno il pudore di tacere. Il 30 dicembre 2005, il presidente del Consiglio Superiore della Sanità (CSS) ribadì all'allora Ministro Storace la bocciatura della terapia Di Bella. Il ministro pro tempore Storace, ha pubblicamente dichiarato di non aver mai ricevuto dal CSS alcuna relazione su sperimentazioni



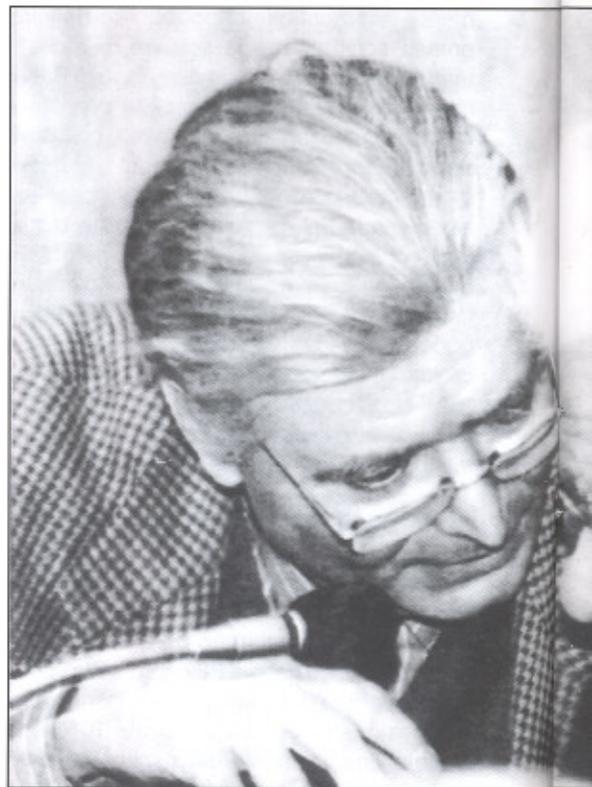
Prof. Luigi Di Bella al microscopio.

e/o casi clinici trattati con MDB. Il CSS aveva diffuso nel dicembre 1997 un comunicato stampa contro il "Cosiddetto metodo Di Bella", e nel 2005, malgrado un preciso mandato del Ministro Storace, non esaminò il razionale, il riscontro nelle banche dati medico scientifiche del MDB, nè concordò col sottoscritto, malgrado reiterate richieste, obiettivi e progettazione di uno studio retrospettivo secondo la normativa internazionale. Non sottopose uno solo dei pazienti da me segnalati ad accertamenti ematochimici o strumentali. Sull'argomento è pubblicata sul portale ufficiale <http://www.metododibella.org/> (sezione News legislative) la documentazione di tutti i dati e corrispondenza con i Ministri Sirchia, Storace, e CSS, che ha dichiarato alla stampa che "La cura di Bella è nociva", è "bocciata senza appello", non perché inefficace o tossica, ma perché "nega l'accesso a farmaci antineoplastici di provata efficacia", cioè senza aver condotto nel 2005 alcuna nuova sperimentazione. I dati scientifici, quelli veri, non giornalistici, smentiscono i trionfali successi dei "farmaci antineoplastici di provata efficacia" magnificati dal CSS alla stampa, documentandone un'inaccettabile percentuale di mortalità denunciata da un'agenzia della Reuters Health [Wesport, CT 2001-05-17]: "Unexpected high mortality rated associated with chemotherapy regimen..." ("Non ci si aspettava un tasso di mortalità così elevato associato ai protocolli chemioterapici..."). Il dato è confermato dalla pubblicazione di Gerrard [Br.J. Cancer 1998 Jun 77(12) 281-5] con l'undici per cento di decessi, non causati dal tumore ma unicamente da chemioterapia. La sopravvivenza dei malati di tumore, quella vera, delle verifiche scientifiche, non giornalistico-televisive, è essenzialmente dovuta alla chirurgia, molto meno alla radioterapia, e si riduce ad un 29% di sopravvivenza a 5 anni (Richards, BMJ 2000; 320:895-898). Del 29% solo il 2,5% era dovuto alla chemio, come pubblicato da Morgan G. e AA "The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies", sulla prestigiosa rivista oncologica Clin. Oncol [2004 Dec. 16(8):549-60]. Questa fondamentale pubblicazione si basa su 14 anni di osservazione, 225000 pazienti, 22 varietà tumorali, per accertare il reale contributo della chemio al raggiungimento dei 5 anni di sopravvivenza. L'avvilente risultato: su cento ammalati la chemioterapia consente solo al 2,5% di raggiungere i 5 anni, dopo i quali, Lopez nello studio clinico "Long-term results... Experience at the 20 th..." GacMed Mex [1998 mar. Apr. 134(2):145-5] ha accertato che metà dei pazienti sopravvissuti a cinque anni, nel lungo termine muore per tumore. "La terapia oncologica sta facendo passi di grandi rilievo, gli anticorpi monoclonali" proclama il CSS. Basta collegarsi al portale del National Cancer Institute, per comprendere le ragioni della delusione seguita alle grandi aspettative indotte dagli anticorpi monoclonali. A fronte di questi risultati della chemio, sono già pubblicati su riviste internazionali e reperibili in

<http://www.metododibella.org/>, studi che documentano, in gravi malattie linfoproliferative, come i LNH a basso grado, una sopravvivenza col MDB dell'ottanta per cento, contro il 30% della chemio, e nei tumori polmonari in stadio 3° e 4° (critico-terminale), un incremento dell'aspettativa di vita del 270%, rispetto alle mediane di sopravvivenza ufficiali. In www.metododibella.org nell'articolo "Finanziaria 2007 e MDB" alla sezione "Comunicazioni" in prima pagina è dettagliatamente spiegato e documentato il limite posto dalla finanziaria 2007 alla libertà di cura, e le gravi limitazioni alla libertà del medico di prescrivere secondo scienza e coscienza in base al giuramento di Ippocrate, alla dichiarazione internazionale di Helsinki sull'etica medica, alla propria coscienza e all'EBM, (cioè la medicina basata sulle evidenze, codificata da Rosenberg sulla prestigiosa rivista internazionale BMJ). Il medico non può operare secondo scienza e coscienza in quanto gli è fatto esplicito divieto di prescrivere secondo le evidenze scientifiche e la propria esperienza e coscienza professionale ma secondo il prontuario che disattende gran parte delle evidenze scientifiche, ed è stato approntato da commissioni ministeriali di carica politica.

Chemioterapia ?

Sulla somatostatina sono stati pubblicati oltre 25.000 studi in altissima percentuale attestanti l'elevata efficacia antitumorale. Malgrado una conferma di questa portata, questo essenziale componente del MDB di cui il Prof Di Bella ha l'assoluta e incontestabile priorità d'impiego antineoplastico, non viene impiegata nella cura dei tumori, se non in rare eccezioni. La mancata valorizzazione di questa e altre molecole antitumorali del MDB ampiamente confermate in letteratura come Melatonina, Retinoidi, Vit.D3 ecc... evidenzia una chiara e grave frattura tra dato scientifico e clinico-terapeutico, tanto facilmente verificabile, quanto eticamente imperdonabile e scientificamente insostenibile. Questa carenza terapeutica, insieme all'elevato effetto mutageno, la grave tossicità, la depressione immunitaria indotte dalla chemio, spiega i gravi limiti delle attuali terapie mediche oncologiche. Ciclo dopo ciclo, per l'elevato effetto mutageno dei chemioterapici, la selezione naturale agisce sulla variazione genetica conferendo un vantaggio evolutivo al fenotipo neoplastico. Il continuo incremento di queste mutazioni chemioindotte, sommato alla naturale attitudine mutagena del fenotipo neoplastico, conferisce ovviamente alla cellula



tumorale un vantaggio in termini evolutivi e proliferativi, che viene trattenuto dalla selezione, producendo ceppi sempre più resistenti, fino alla refrattarietà, proliferativi e invasivi che colonizzano con crescente facilità, un organismo sempre più debilitato dalla chemio, che ne ha sovvertito strutture e funzioni vitali. Dove non arriva la chirurgia, nei tumori che hanno superato le possibilità chirurgiche, emergono chiare le reali possibilità della chemio, il termine "tumore in operabile" è chiaramente una condanna. Infatti la logica conseguenza della selezione chemioindotta di cellule sempre più aggressive in un organismo sempre più debilitato, non può che essere la frequente, anche se non ammessa, disseminazione neoplastica incontrollabile, che frequentemente dopo variabili periodi, conclude dopo illusoria e temporanea riduzione volumetrica tumorale, i cicli chemioterapici. L'oncologia, a fronte delle migliaia di pubblicazioni oggi reperibili a conferma della attività antitumorale di ogni componente del MDB, e del reciproco potenziamento sinergico, non può moralmente e razionalmente giustificare l'ostinazione a fare della chemioterapia il fulcro, l'asse portante della terapia del cancro, e a rifiutare un esame attento, profondo, e soprattutto non prevenuto delle basi scientifiche del MDB.

Secondo una visione documentata da una serie significativa di conferme, la cellula tumorale, caratterizzata da una frequenza di mutazioni crescente, segue nella sua progressione un programma di sopravvivenza predefinito ereditato dai batteri, (cui è stato trasferito dagli eucarioti) definito da Radman "SOS", represso nella cellula sana, al quale essa accede in condizione di stress acuto. (Radman SOS repair hypothesis: phenomenology of an inducible DNA repair which is accompanied by mutagenesis. Basic Life Sci. 1975;5A:355-67. Review). Questo programma di sopravvivenza, dà avvio a un percorso predefinito che consente alla cellula divenuta neoplastica di adattarsi con grande rapidità ed efficacia alle condizioni avverse con una progressione modulata da un meccanismo evolutivo predeterminato. Il paradigma ancora dominante e i canoni ufficiali dell'oncologia, non hanno ancora recepito questo essenziale aspetto dell'evoluzione neoplastica, ormai necessario per una comprensione della biologia oncologica e per dare una lettura in termini evolutivisti della progressione della malattia tumorale.

I protagonisti dell'evoluzione in realtà sono la selezione naturale e la variazione genetica. La selezione naturale agisce sulla variazione genetica conferendo un vantaggio evolu-

tivo a fenotipi e genotipi che meglio si sono adattati all'ambiente. La fonte della diversità genetica è la mutazione nelle sequenze del DNA, e la mutazione è un fenomeno per definizione totalmente casuale, integralmente gestito dal caso. La lettura attuale della malattia tumorale è in termini evolutivi. L'insieme di quei vari complessi, e mutevoli fenomeni che definiamo vita, trascenderà sempre la nostra possibilità di comprensione. Alcune reazioni avvengono nel citosol, nel cariosol o sulla membrana cellulare in un milionesimo di secondo, creando le premesse o l'inibizione di successive reazioni o modulando nel tempo.



La cellula tumorale

La cellula tumorale di oggi ha sviluppato, rispetto alle precedenti generazioni neoplastiche, sistemi maggiormente efficienti di opposizione alle misure e possibilità di cui dispone l'organismo e che la medicina può attuare. Ad ogni mutazione-selezione, la cellula neoplastica incrementa resistenza, aggressività, indice proliferativo, mobilità, invasività. Se in un primo momento esprime molecole di membrana mascheranti rispetto a macrofagi, ed elementi immunitari cellulari, in un secondo tempo acquisisce la capacità di individuarli ed eliminarli. Non c'è nulla di casuale in un tumore. Meno mutazioni-selezioni ha effettuato la cellula tumorale, maggiori sono le probabilità di eradicarla. Quando avete distrutto con la chemio quell'aggregato di cellule che definiamo tumore estrapolandolo da quell'unità biologica, psicofisica che citavo, cosa avete fatto? Avete eliminato una serie di cellule. E la causa l'avete eliminata? No. La causa non solo persiste ma l'avete esasperata. Per due motivi. Perché con la chemio avete degradato e debilitato tutte le strutture portanti dell'organismo, creando contemporaneamente, un altissimo effetto mutageno. Se la cellula tumorale ha una sua frequenza di mutazioni, con la terapia citolitica chemioterapia l'elevate a livello esponenziale. Questo è un dato documentato innegabile e indiscutibile. L'altissimo effetto mutageno citotossico è tale che già in alcuni Paesi del Nord Europa è stato osservato un incremento statisticamente significativo della frequenza di malformazioni fetali nei nati da infermiere che assistono i malati di cancro chemioterapizzati. Basta soltanto il contatto dell'infermiere che inserisce in vena la flebo, vuota gli escrementi, rigoverna il letto del paziente in chemioterapia, per indurre effetti mutageni. Se consideratela la strategia e la tattica della storia militare, comprenderete come impostare razionalmente la strategia terapeutica nella guerra ad un nemico così micidiale. Quando si è sotto attacco cos'è la prima cosa da fare? Organizzare una difesa, cercare un rifugio da cui organizzare il contrattacco. Quando l'uomo è sotto attacco del tumore, la prima cosa da fare è quella aumentare le difese. Come? Utilizzando esoergoni come retinoidi, Vit E, Vit D3, Vit C ecc..., neurotrasmettitori come la Melatonina, le sole sostanze fisiologiche bifasiche per il loro potere di esaltare funzionalità e trofismo di cellule, tessuti e parenchimi sani, nello stesso momento in cui deprimono e inibiscono la progressione e vitalità delle popolazioni neoplastiche. Si tratta di molecole che con meccanismi diversi esercitano effetti spettacolari in quantità esigue. Il retinoide vitamina A è la vitamina della crescita. Ma attenzione, questo è il punto critico: della crescita ordinata, finalizzata, programmata. La cosa stupenda di queste molecole naturali è l'attività bifasica.



Essi insieme alla melatonina, la vitamina D3, i derivati solforati degli amminozuccheri, gli acidi grassi essenziali omega tre ed esoeergoni idrosolubili come la C, agiscono opponendosi alla progressiva involuzione indifferenziata, potenziando al tempo stesso la cellula sana. I mezzi per combattere il tumore ce li ha dati Dio, non li hanno dati le multinazionali. Quando inserite molecole apolari come l'alfatocoferolo (Vit E) e il betacarotene tra i fosfolipidi di una membrana cellulare, la stabilizzate preservandola da danni ossidativi e radicali liberi. Cosa fa la chemio? Destabilizza la membrana cellulare sovvertendone i potenziali e pertanto l'espressione e la funzionalità recettoriale con meccanismo citotossico diretto e indiretto mediante l'exasperazione dei processi ossidativi col conseguente altissimo picco di radicali liberi. In un centomillesimo di secondo i radicali liberi possono rompere legami, creare nuove molecole, sovvertire membrane cellulari, alterarne i potenziali di superficie e pertanto i canali ionici, la permeabilità e gli scambi. In presenza dei dosaggi di vit E e retinoidi previsti dal MDB, in pratica reazioni ossidative tossiche e radicali liberi non hanno la possibilità di agire. Ma cos'è la membrana cellulare? È una difesa, un filtro vitale attraverso cui transita tutto dall'interno della cellula all'esterno e viceversa, recepisce e analizza gli stimoli e i condizionamenti dall'esterno all'interno e viceversa, comunica, emette e riceve impulsi e segnali. Ottimizzarla, renderla efficiente, vuol dire rendere la cellula capace di difendersi in condizioni ottimali, potenziarla al massimo, darle tutta l'energia che le serve. La molecola di betacarotene può agire una prima volta come tale e prima di scindersi in 2 molecole di Vit A e/o Ac. retinoico, esercita una documentata azione differenziante, antiproliferativa e proapoptica sulle cellule tumorali danneggiandole per l'incremento della concentrazione intracellulare dei processi di perossidasi lipidica, migliorando l'efficienza delle cellule sane attraverso l'incremento intracellulare di glutazione. Queste sostanze come agiscono? Agiscono sui recettori di membrana. Sono stati individuati tre tipi di recettori: RAR alfa, beta, gamma. Cosa fanno questi recettori? Potenziano il trofismo della cellula sana e ne favoriscono la crescita, bloccando al tempo stesso la riproduzione anomala cancerogena attraverso la trasduzione del segnale cioè una catena di reazioni, dalla membrana al nucleo con blocco del ciclo cellulare nettamente più potente per l'attivazione del RAR beta, la cui delezione cromosomica, favorendo l'insorgenza del cancro ne documenta l'elevata potenzialità antiblastica. I 3 retinoidi MDB non agiscono unicamente sulla membrana, ma estendono l'attività antitumorale al nucleo,



dove sono stati individuati i recettori RXR con capacità inibente il ciclo cellulare.

La cellula tumorale è proteiforme. Non so se ricordate in mitologia l'Idra di Lerna. Tagliate una testa ne spunta un'altra, altre due. All'Idra neoplastica non dovete dare tempo,

né tregua tempore spaziale, la dovete assediare da tutti i lati, contemporaneamente. Questa strategia è realizzabile associando l'impiego degli esoeergoni differenzianti del MDB alla sottrazione di energia alle cellule tumorali sotto forma dei fattori di crescita attuata dalla somatostatina e inibitori prolattinici: Bromocriptina e/o Cabergolina. Sulla superficie della cellula tumorale è stata evidenziata un'espressione di recettori per l'ormone della crescita o smatotropo (GH) moltiplicata rispetto alla cellula sana. L'ormone della crescita (il cui antidoto è la somatostatina), attiva un'intera costellazione di altri fattori di crescita altamente mitogeni (induttori di proliferazione neoplastica), come il vascolare VEGF, responsabile della angiogenesi tumorale e pertanto della crescita e disseminazione tumorale, di quello epidermico EGF ecc. . Pertanto la cosa più ovvia è inibire con la somatostatina il GH, potente induttore tumorale, che le cellule neoplastiche, per la documentata e molto superiore espressione recettoriale, assimilano in dose esponenziale rispetto alle sane. L'oncologia guarda ancora ai recettori della somatostatina per valutarne l'impiego ignorando il dato fondamentale del peso determinante dei recettori del GH su cui poggia tutta la capacità di espansione e proliferazione tumorale. Altri fattori di crescita come quello epidermico EGF, svolgono un ruolo nella cancerogenesi, ma secondario rispetto al GH e al IGF1, prodotto dal fegato per induzione da parte del GH. Il fenotipo neoplastico può, in certe situazioni, arrivare ad esprimere recettori per il fattore di crescita GH fino a 500 volte di più rispetto alla cellula normale, con relativa proliferazione esponenziale. La cosa più ovvia è impedire che la cellula tumorale utilizzi questi fattori di crescita, questi formidabili apporti di energia. Come? Il mezzo l'ha dato, anche in questo caso, Dio, non le multinazionali. L'antidoto naturale, biologico, fisiologico, non del solo GH, ma di tutti i fattori di crescita, è la somatostatina, nelle sue varietà di otto, quattordici o ventotto aminoacidi. Cosa fa la somatostatina? Attua non una, ma una quantità di azioni antitumorali. Ce n'è una che gli oncologi considerano indiretta, invece è la più diretta di questo mondo, o meglio ancora, non la considerano neanche, perché sono ancora fermi all'azione recettoriale della somatostatina. Loro ritengono ancora che in assenza di recettori la somatostatina non funzioni. Non hanno considerato l'elemento più ovvio e importante: il GH e la costellazione satellite di fattori di crescita rappresentano il carburante delle cellule tumorali. Allo stadio iniziale della cellula tumorale, un cancro "in situ" limitato a pochi millimetri può crescere solo e unicamente sviluppando la sua rete di vasi (angiogenesi), con cui prolifera, migra, si diffonde, invade, metastatizza. L'angiogenesi è vitale per la crescita tumorale, che senza una rete di vasi sanguigni che ne assicuri l'apporto logistico e lo smaltimento dei cataboliti, non procede di un millimetro, non fa un passo e finisce per atrofizzarsi e andare in apoptosi. Senza angiogenesi per una vita intera un cancro rimane inaccessibile alla diagnosi, inattivo e inoffensivo. Recita il Vangelo che il peggior cieco è chi non vuole vedere, il peggior sordo chi non vuole sentire. Questa massima spiega la posizione ufficiale e istituzionale in riferimento al MDB. Le basi logiche, razionali, scientifiche del MDB sono di un'evidenza solare. Un concetto riduttivo che vincola l'efficacia della somatostatina alla presenza di recettori è scientificamente inconsistente. È stato dimostrato che la somatostatina agisce magnificamente bene in totale assenza dei recettori, sempre comunque individuati nei vasi peritumorali. Nel Sarcoma di Kaposi, per esempio, la crescita tumorale viene bloccata dalla somatostatina in totale assenza di recettori, così come nel Condrosarcoma di Swarm, totalmente mancante di recettori somatostatini, la crescita è totalmente bloccata dalla somatostatina. La somatostatina inibisce i fattori di crescita conosciuti, impedisce alla cellula tumorale non solo di utilizzare il GH ma tutti i fattori di crescita satelliti collegati.

Chi Siamo

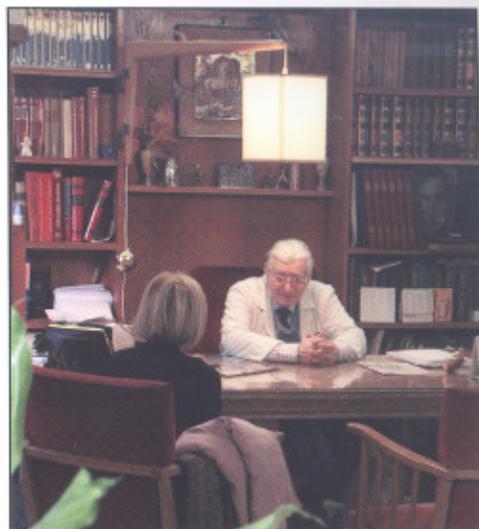
Lo Staff è aperto alla collaborazione di quanti, medici, biologi, farmacisti, sono interessati alle nuove linee di ricerca sul cancro avviate dagli studi del Prof. Di Bella.

La Terapia

Questo **metodo** è nato dalla necessità di cambiare strada nella prevenzione e terapia dei tumori, in considerazione dell'incremento continuo dell'incidenza delle neoplasie, che testimonia e certifica la totale inadeguatezza ed insufficienza delle attuali misure preventive. Le reali possibilità terapeutiche si fermano ad un 29% di sopravvivenza a 5 anni secondo i dati del Medical British Journal (BMJ.COM), associando le migliori terapie disponibili. Dopo i 5 anni vi è una progressiva diminuzione della percentuale di sopravvivenza. Questi risultati certificano la necessità di cambiare radicalmente strada nella terapia dei tumori. L'MDB propone una terapia causale, volta a eliminare i fattori etiopatogenetici (causali) che portano all'insorgenza del tumore, modificando quel terreno biologico il cui sovvertimento consente l'insorgenza della patologia neoplastica. La chemioterapia non agisce sulla causa che ha prodotto il tumore ma sulla cellula tumorale che ne rappresenta la conseguenza. La distruzione chemioterapica delle popolazioni cellulari neoplastiche non è mai totale e le cellule tumorali residue, in un'alta percentuale, riprendono la proliferazione e l'invasività trovando un terreno biologico meno resistente perché devastato dalla pregressa chemioterapia. Le stesse cellule tumorali tendono a divenire progressivamente meno sensibili e più resistenti ai ripetuti cicli chemioterapici. L'MDB, attraverso la **somatostatina**, inibisce alcuni dei più potenti fattori tumorali, quali il **GH** (principale fattore di crescita), **IGF** e tanti altri. Azione potenziata dagli inibitori della **prolattina**, potente fattore di crescita. Attraverso i **retinoidi** riporta alla normalità, "ridifferenzia" le cellule tumorali, effetto potenziato dall'azione sinergica della **vitamina D**, della **melatonina** e della **vitamina E**. I singoli componenti agiscono sinergicamente potenziando il loro effetto antitumorale e sviluppando un'azione antiossidante, anti radicali liberi, potenziatrice dell'immunità, proapoptotica (morte programmata, simile al ricambio, della cellula tumorale), antiproliferativa, pro-differenziante, antimetastatica in assenza dei noti effetti tossici chemioterapici.

Farmaci

I principi terapeutici costituenti l'MDB, sono Somatostatina-oc-treotide, Retinoidi, Vitamine E, D, C, Melatonina, Bromocriptina, microdosi di antiblastici (con dosi 100 - 200 volte inferiori alla chemio, ed inversione del meccanismo d'azione farmacologico da citotossico - citolitico della chemioterapia, a proapoptotico del MDB). L'assoluta maggioranza delle trentaquattromilacinquecentotto pubblicazioni su questi principi, reperibili al 22/12/02 su MedLine - National Library of Medicine, selezionati su questo sito nella sezione "MDB - Principi attivi", ne documenta la capacità di contrastare efficacemente gli aspetti fondamentali da cui origina e procede la biologia neoplastica: l'alto indice proliferativo, l'assenza di differenziazione cellulare, e la conseguente inattivazione dell'apoptosi, principale meccanismo fisiologico antiblastico, caratteristiche comuni a tutti i tumori. Anche nella prevenzione l'MDB agisce efficacemente, su elementi primari dell'eziopatogenesi tumorale, come agenti ossidanti e radicali liberi. Particolarmente indicato l'impiego nei tumori epiteliali, di retinoidi e delle altre vitamine epitelio-protettive, componenti del metodo, come E e D. Queste vitamine, oltre ad attivare potentemente il trofismo, l'integrità e il recupero funzionale degli epitelii, insieme alla Melatonina, limitano decisamente anche il danno citotossico che le radiazioni ionizzanti radioterapiche esercitano sugli epitelii limitrofi al trattamento, e



Il dott. Giuseppe Di Bella nel suo studio con una paziente.

quello ossidativo e dei radicali liberi sul DNA nucleare, sugli organuli del citosol e sulle membrane cellulari.

L'MDB pertanto, rappresenta una soluzione efficace, causale, alle neoplasie, mentre la chemio non interviene sulla causa, ma sul prodotto del processo neoplastico: le cellule tumorali. Essa persegue l'illusorio, utopistico fine dell'eliminazione di tutte le popolazioni neoplastiche, parte delle quali comunque, con un adattamento mutageno, produce cellule sempre più refrattarie ai chemioterapici, dotate di alto indice proliferativo, che colonizzano rapidamente un organismo debilitato, i cui meccanismi antiblastici, omeostatici, immunitari, sono stati gravemente e spesso irreversibilmente compromessi dalla chemioterapia.

Contrastando le molteplici, mutevoli, catene eziopatogenetiche della cancerogenesi, l'MDB tende a recuperare quell'equilibrio biologico, fisiologico, il cui sovvertimento ha consentito l'insorgenza della neoplasia, che anche nei tumori solidi, va sempre considerata una malattia sistemica, di cui la massa neoplastica rappresenta solo la massima concentrazione evidenziabile. Il metodo converte la biologia neoplastica in fisiologica, essenzialmente attraverso l'interazione e il reciproco potenziamento dei suoi componenti. Pertanto, non è solo la proprietà antiblastica di ogni singola molecola ad agire, ma è la sinergia che potenzia l'efficacia antitumorale dell'MDB. Somatostatina, Bromocriptina, Melatonina, inibiscono sia increti ipofisari (come GH, Prolattina, potenti e ubiquitari fattori di crescita, il cui ruolo nella cancerogenesi è documentato) che IGF1, TGF, EGF, VEGF, PDGF, NGF, GASTRINA, FGF, COLECISTOCHIININA, noti elementi primari della eziopatogenesi neoplastica.

Questo metodo nasce dall'esigenza di superare la sostanziale incapacità della chemioterapia di guarire il cancro, come chiaramente evidenziato dalla esistenza della chirurgia oncologica, che non avrebbe senso in presenza di una chemioterapia realmente efficace.

Nessuna multinazionale finanzia studi clinici sul MDB e sull'uso di due Melatonina e Somatostatina, in quanto la ricerca su queste molecole non incrementa il fatturato, essendo la MLT una molecola naturale, biologica non brevettabile, ed essendo scaduto il brevetto della somatostatina. Chi intende promuovere la ricerca non finalizzata al profitto, ma al progresso scientifico della Fondazione Di Bella, può sostenere gli studi clinici e sperimentali della Fondazione destinandole nella denuncia dei redditi il 5 per mille.

Per destinare il 5 per mille a favore della Fondazione Giuseppe Di Bella - Onlus di Novellara (RE), nella prossima dichiarazione dei redditi (Mod. 730 o Unico) occorre apporre la propria firma nell'apposita sezione "Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni" ed indicare il codice fiscale 01995220355.