



Quo usque tandem abuteris... patientia nostra

Giuseppe Di Bella 12 Giugno 2011

Hanno fatto ogni tentativo iniziando dalla pseudosperimentazione del 1998, per relegare il MDB tra le terapie alternative. La progressiva conferma del Metodo Di Bella nella letteratura scientifica e in congressi mondiali sta inasprendo la censura, disinformazione e diffamazione del MDB in Italia. Appena tornato a Bologna ho cercato, attraverso i miei pochi canali informativi, di portare all'attenzione della stampa nazionale il risultato ottenuto. Ho dovuto constatare però un'immediato e inaspettato blocco, attuato sicuramente attraverso intimidazioni o censure, nei confronti di quei pochi giornalisti che erano ancora disponibili a concedermi qualche spazio all'interno delle loro testate. Il messaggio ora è chiaro. Hanno ricevuto una generalizzata e convincente consegna del silenzio. Non è più il caso quindi di parlare di Metodo Di Bella, almeno in Italia. Il vero pericolo per i santoni della medicina, gli artisti del falso, i circoli di potere che gestiscono la medicina e la più ricca di tutte le malattie, il cancro, non è costituito da terapie alternative, ma dall'unica cura razionalmente scientifica e clinicamente efficace documentata nelle banche dati mondiali, e in grado di affrontare il pubblico dibattito in vaste e prestigiose assemblee scientifiche internazionali. Non preoccupano, se non marginalmente, bicarbonato, tossina difterica, veleno di scorpione, pseudovitamina B 17, polvere di diamante, aloe, decotti miracolosi, pozioni magiche, cristalloterapia, tisane, elisir, elucubrazioni hammeriane, pozioni tibetane, sovradosaggi di Vitamina C, clisteri fantozziani, ascorbato di potassio. Queste scelte

infastidiscono perchè ogni paziente sottratto a terapie ufficiali comporta perdita di fatturato.

Se la comunità scientifica internazionale avesse ritenuta valida la pseudosperimentazione ministeriale del MDB del 1998, nel 2010 non sarei stato invitato al 3° Congresso Mondiale di Oncologia di Singapore, né nel 2011 al 4°, a Dalian (Cina). Né diverse riviste internazionali accreditate sulla massima banca dati scientifica www.pubmed.gov avrebbero pubblicato centinaia di casi neoplastici che con MDB hanno ottenuto risposte ampiamente superiori ai migliori risultati ufficiali dell'oncologia.

Sono stato invitato dagli organizzatori del *BIT's 4th World Cancer Congress 2011* a presiedere una sezione del 4° Congresso Mondiale di Oncologia, tenutosi dal 22 al 25 maggio al World EXPO Center di Dalian, Cina. Digitando <http://www.bitlifesciences.com/cancer2011/> si accede al programma e a tutti i dati scientifici del congresso. Il comitato scientifico che ha selezionato le relazioni (*Referies*) e i relatori che hanno dato avvio al congresso (*Keynote, Renowned Speakers*), provengono da alcuni dei più prestigiosi centri di ricerca, università, cliniche internazionali. Sono state presentate e pubblicate agli atti centinaia di relazioni sullo stato dell'arte nella ricerca e terapia delle patologie neoplastiche. In estrema sintesi, da una revisione degli abstract e dalle discussioni e dibattiti seguiti alla presentazione delle comunicazioni si può concludere:

1) Ad oggi la chemioterapia non è in grado di guarire alcun tumore solido

2) I costosissimi farmaci biologici *intelligenti*, gli anticorpi monoclonali, non solo non guariscono alcun tumore, ma incrementano le mediane di sopravvivenza di alcuni mesi, non di anni. Non fanno eccezione i numerosi anticorpi monoclonali, vaccini, e nuove molecole presentate al congresso. Si tratta invariabilmente o di farmaci sperimentali in corso di studio su colture di cellule tumorali, oppure su animali. Il meccanismo d'azione, razionale ed effetti antitumorali, riproducono esattamente quelli già in uso, senza alcun significativo progresso. Non sono state presentate nuove molecole di pronto impiego ma solo diverse combinazioni di chemioterapici, oppure di anticorpi monoclonali variamente associati a chemioterapici, o l'uso contemporaneo di due diversi anticorpi monoclonali, senza alcun reale e significativo incremento delle mediane di sopravvivenza né della qualità di vita, né della tollerabilità.

I temi congressuali sono stati suddivisi in 9 sessioni. Ho presieduto la Trak 5-4 del congresso, in cui sono state presentate 3 relazioni sull'applicazione del metodo Di Bella nei tumori della mammella, polmone e leucemie linfatiche:

Track 5-4: Clinical Update on Combination Cancer Therapy (terapie antitumorali innovative e integrate) Time: 15:25-17:05, May 25, 2011, Wednesday; Place: Meeting Room 11, 2nd Floor, DWEC **Chair Dr. Giuseppe Di Bella, (Di Bella Foundation, Italy)**

15:50-16:15 Dr. Giuseppe Di Bella, Title: *The Di Bella Method (DBM) Improves Survival, Objective Response and Performance Status in Breast Cancer (Il*

Metodo Di Bella consente un incremento della sopravvivenza, l'eliminazione del tumore, un miglioramento della qualità di vita)

16:15-16:40 Dr. Mauro Todisco, Title: *Chronic Lymphocytic Leukemia: Long-Lasting Remission with Di Bella Multitherapy (Il MDB ottiene remissioni a lungo termine, oltre 10 anni, praticamente la guarigione, di leucemie linfatiche croniche).*

16:40-17:05 Dr. Achille Norsca, Title: *Somatostatin, Retinoids, Melatonin, Vitamin D, Bromocriptine, and Cyclophosphamide in Chemotherapy-naïve or Chemotherapy-Pretreated Patients with Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer (Somatostatina, Melatonina, Vitamina D, Bromocriptina, Ciclofosfamida, il MDB, in tumori polmonari chemiotrattati o non chemiotrattati, incrementa la sopravvivenza dal 200% al 300% rispetto ai dati ufficiali delle mediane di sopravvivenza relative allo stesso stadio del tumore polmonare).*

Relazione e riflessioni maturate durante il Congresso:

Ho voluto presentare personalmente i risultati ottenuti dallo studio osservazionale retrospettivo riguardante 122 casi di *carcinoma mammario*, 92 dei quali riguardanti pazienti giunti in cura allo studio medico della Fondazione, di cui abbiamo valutato caratteristiche istologiche, immunoistochimiche, grado nucleare, differenziazione, esami ematochimici, efficacia terapeutica (valutando Remissione/Stabilità/Progressione) performance status, e sopravvivenza a 5 anni rapportata alla stadiazione - secondo l'American Joint Committee on Cancer Staging 7 th. Sono state valutate anche 30 cartelle cliniche di ammalati che hanno ottenuto da tribunali l'erogazione gratuita del MDB per perizie giurate di CTU che avevano certificato risultati superiori, con MDB, rispetto alle terapie tradizionali, nelle stesse patologie e stadi.

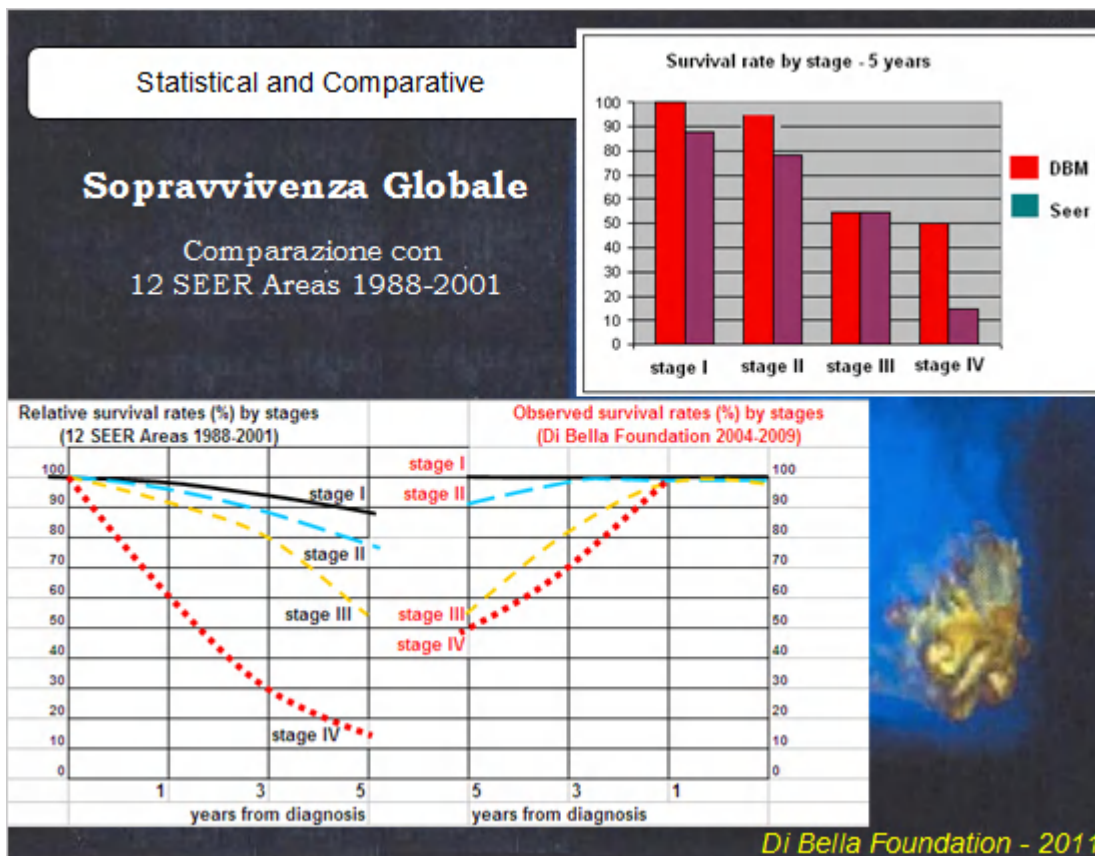
I nostri dati rappresentano significativi miglioramenti sia della sopravvivenza per ogni stadio, sia della risposta obiettiva e della qualità di vita, rispetto ai parametri riscontrabili in letteratura per gli stessi stadi, istotipi e gradi, trattati con chemio-radioterapia-anticorpi monoclonali.

I risultati sono sintetizzati nella schede pubblicate sul sito della Fondazione :

Presentazione al "BIT's 4th World Cancer Congress 2011, World EXPO Center, Dalian (Cina).

Un dato significativo: la *5 years Survival Rate* (sopravvivenza osservata a 5 anni dalla diagnosi) per tumori al IV stadio (metastatici), risulta del 50% con MDB rispetto al 14,8% diffuso dal National Cancer Institute attraverso il progetto SEER relativo al periodo 1988-2001.

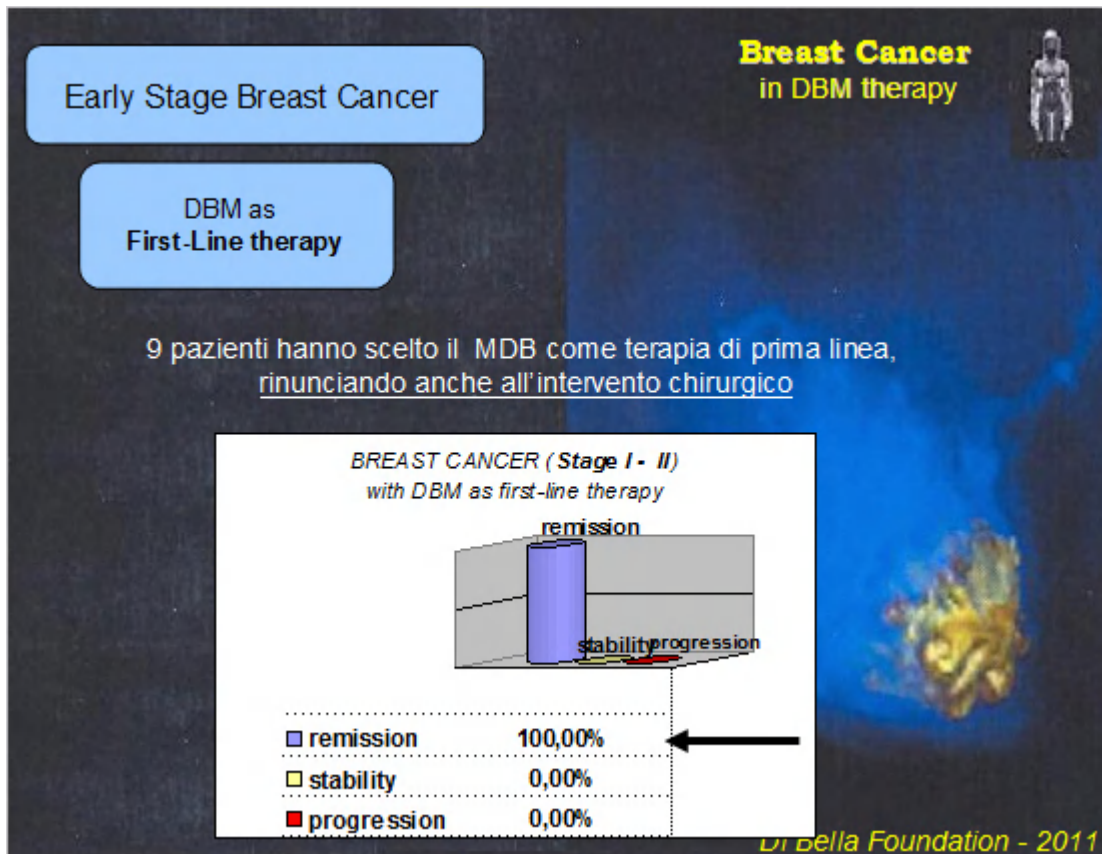
Grafico comparativo della sopravvivenza a 5 anni del National Cancer Institute (SN) e del MDB



(CLICCARE PER INGRANDIRE)

(Figura1)

Particolarmente rilevante il dato nei casi clinici (9) allo Stadio I e II (stadio iniziale) che in precedenza non avevano subito alcun trattamento, né terapeutico, né chirurgico, **unicamente** trattati con MDB (terapia di prima linea): il 100 % ha registrato una risposta positiva (remissione). Nella letteratura scientifica non esistono casi di tumori solidi risolti unicamente con terapie mediche:



(CLICCARE PER INGRANDIRE)

Figura 2

Breast Cancer in DBM therapy

Early Stage Breast Cancer

DBM as First-Line therapy

stage	condizione iniziale	risultato	condizione attuale
I	Plurifocalità al seno dx (1,5 cm - 1 cm) + 2 piccole lesioni cerebrali di natura non accertata	Remissione Completa	assenza di malattia
II A	lesioni bilaterali - biopsia negativa dopo 6 mesi MDB	Remissione Completa	assenza di malattia
II A	Plurifocalità al seno sx e 2 linfonodi reattivi	Remissione Completa	assenza di malattia
II B	2 noduli seno DX (2 cm) + linf. positivo	Remissione Completa	assenza di malattia
II A	ca mammario 2,5 cm + linfonodo	Remissione Parziale	riduzione nodulo / spariti linfonodi
II A	nodulo 2 cm - linfadenopatia	Remissione Parziale	La PET registra un debole residuo nella zona mammaria
II A	nodulo 35 mm	Remissione parziale	Riduzione nodulo 12 mm
I	nodulo 16 mm	Remissione parziale	nodulo 5 mm
II B	lesione di 6,3 x 3,6 x 3,9 cm.	Remissione Parziale	riduzione importante (90%)

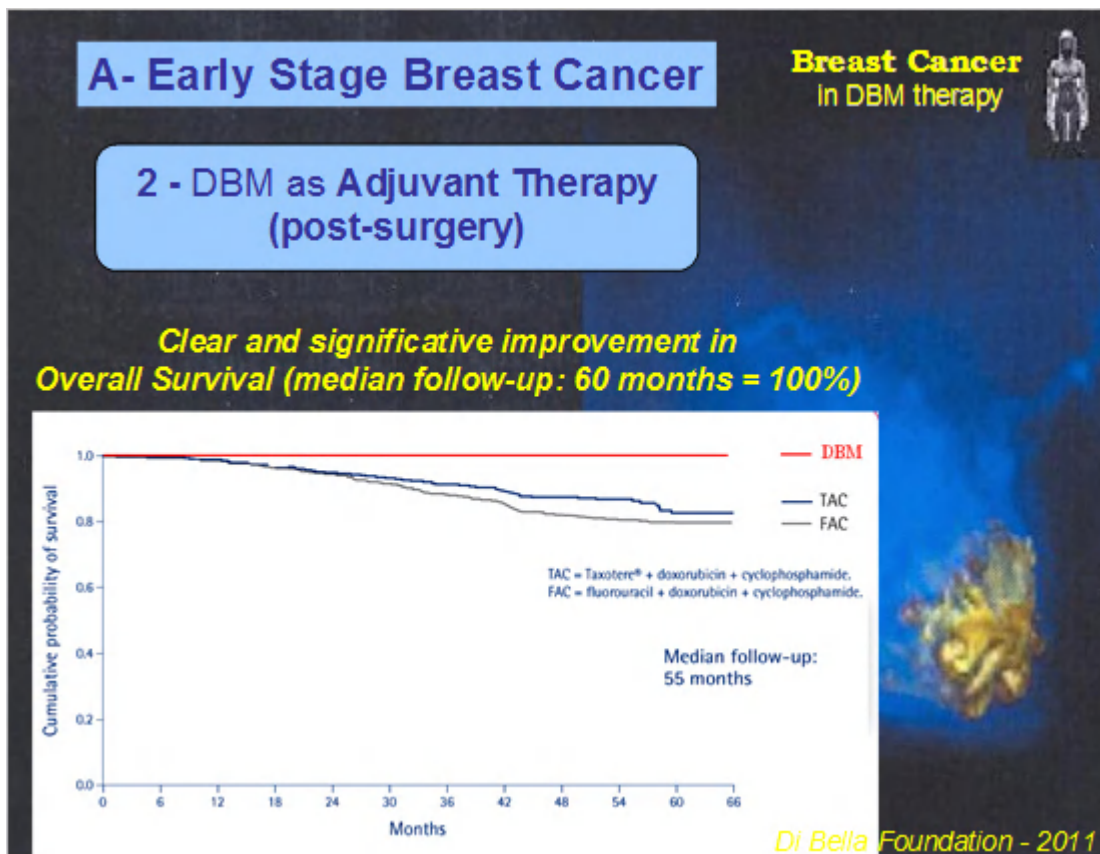
(CLICCARE PER INGRANDIRE)

Figura 3

Oltre all'importanza del risultato in sé, unico nel suo genere, un'ulteriore valenza potrebbe essere acquisita dalla considerazione che tale trattamento, se adottato come terapia di prima linea nella prassi clinica, consentirebbe praticamente di *azzerare* i rischi di disseminazione neoplastica, potenzialmente insiti nella pratica chirurgica, ed evitare infine alle pazienti un intervento di asportazione che viene vissuto, nella stragrande maggioranza dei casi, come una vera e propria amputazione.

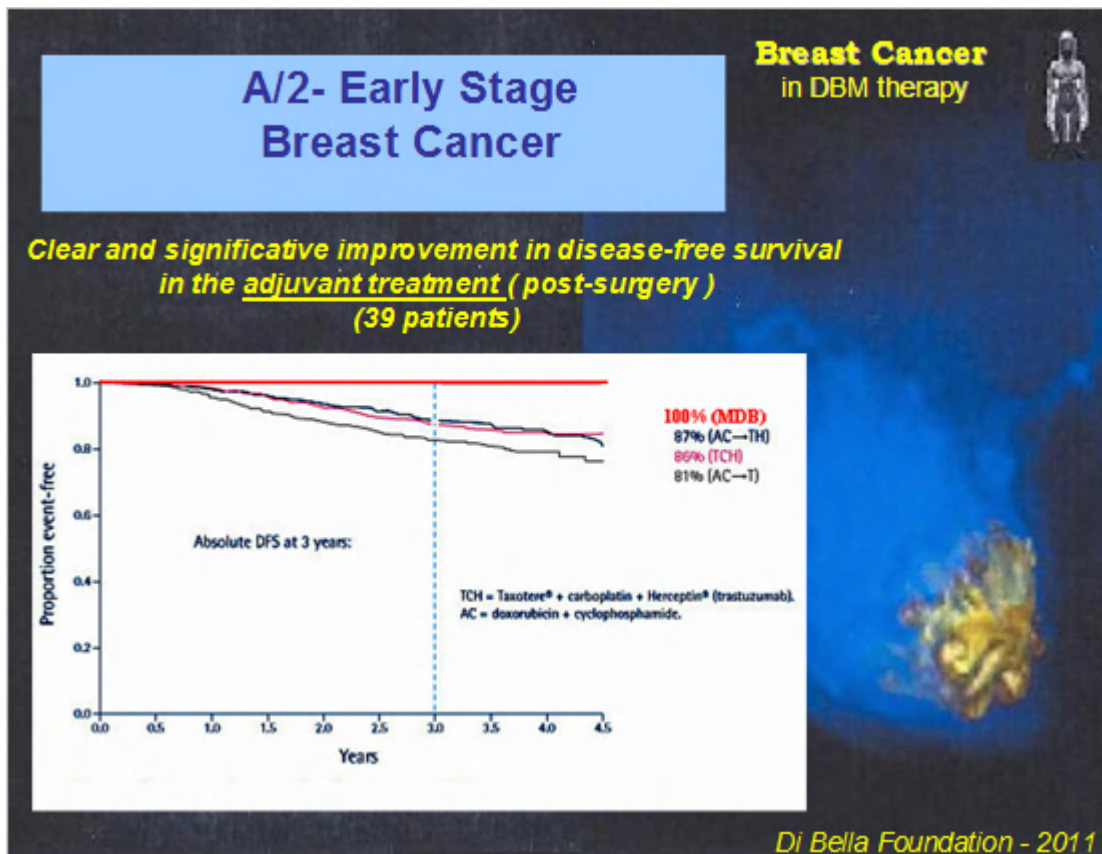
Analogamente, il gruppo di pazienti (39) allo stadio iniziale che ha utilizzato il MDB come terapia adiuvante (quindi dopo l'intervento operatorio, e a scopo preventivo di recidive) ha registrato il 94% di remissioni (38 casi su 39). L'unico caso di progressione si è verificato in una paziente che, dopo due anni di cura, ha interrotto bruscamente, e di propria iniziativa, il trattamento terapeutico, vanificando i risultati fino a quel momento ottenuti ed esponendosi così alla ripresa della malattia.

I dati ottenuti rivelano risultati indiscutibilmente positivi e statisticamente superiori alle medie documentate dai diversi archivi statistici nazionali e sovranazionali.



(CLICCARE PER INGRANDIRE)

Figura 4



(CLICCARE PER INGRANDIRE)

Figura 5

Anche considerando il fatto che gli indicatori e gli indici statistici, in quanto tali, sono affetti da una loro variabilità ed imprecisione (tanto più quanto ristretto risulta il numero delle singole rilevazioni su cui sono basati), risultano comunque rilevanti gli scostamenti rispetto alle diverse medie statistiche *ufficiali* per tutti i parametri analizzati e, in maniera ancora più evidente e rilevante, per i risultati terapeutici ottenuti. Alla presentazione dei nostri risultati clinici abbiamo osservato oltre ad un attento interesse, una evidente sorpresa e un manifesto sconcerto per dati ottenuti completamente al di fuori dei paradigmi dominanti della ricerca e della clinica. Un'occasione di reciproci scambi positivi, anche extracongressuali, e della quale posso ritenermi personalmente soddisfatto, se non altro per la curiosità scientifica che le nostre relazioni hanno destato e la disponibilità ottenuta ad allacciare ulteriori rapporti collaborativi.

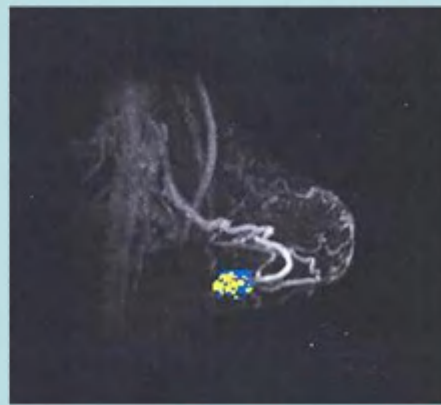
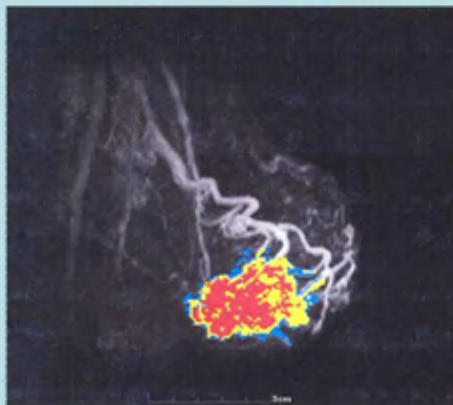
L'inibizione dell'angiogenesi indotta dalla SST è sinergicamente potenziata da MLT , Retinoidi, vitamina D3 , Vitamina E , C , inibitori prolattinici.

Le medesime molecole con azione differenziante e proapoptotica (melatonin, retinoids, vitamins C, D3, and E) unitamente all'uso di dosi minimali di Ciclofosfamide, inducono una lenta ma progressiva riduzione delle concentrazioni neoplastiche provocando notevoli risultati obiettivi, fino alla remissione completa.



tumor mass: 6,3x3,6x3,9 cm.

in 7 months: **53% reduction Ø, and 91% volume.**



(CLICCARE PER INGRANDIRE)

Figura 6

SST=Somatostatina. Paziente che ha rifiutato l'intervento, chemio e radio per il MDB. Alla risonanza magnetica nucleare CAD Strem (ultima generazione) riduzione in 7 mesi del 90% di un voluminoso carcinoma invasivo della mammella di oltre 6 cm. e macroscopico decremento dell'angiogenesi tumorale.

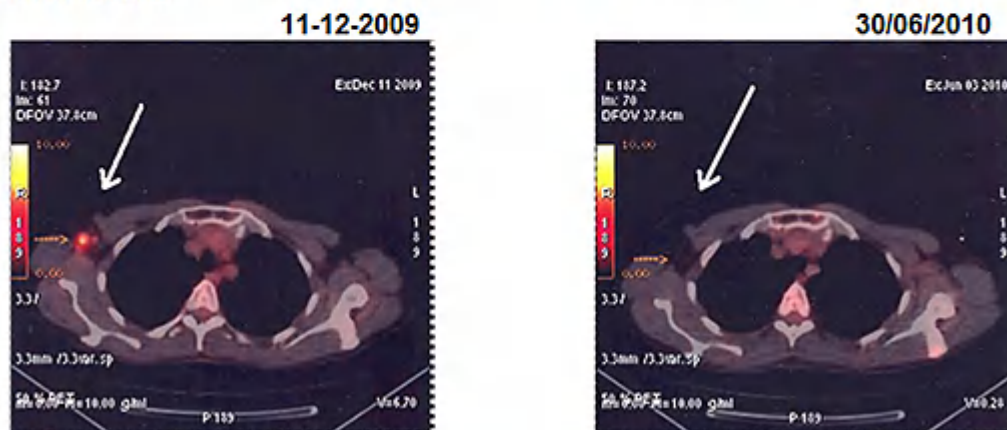
Paziente sottoposta nel 1997 a mastectomia per "Duttale infiltrante G2"

27/10/2009 – Istologico linfonodi "" *Infiltrazione da ca. duttale, metastatica*""

11/12/2009 – PET: "".. lesioni ad elevata attività metabolica a livello linfonodale ascellare ed osseo (rachide dorso-lombare, acromion destro, alcuni archi costali bilateralmente, ala iliaca destra e sinistra, sinfisi pubica dx, regione intertrocanterica sx). dubbio al polmone dx

29/12/2009 – Inizio MDB

3/6/2010 – PET: ""... **Scomparsa del focale iperaccumulo del tracciante in sede linfonodale ascellare destra, e in alcune delle aree di ipercaptazione scheletriche (III arco anteriore costale dx, IV arco posteriore dx, ala iliaca sn., sincondrosi sacro-iliaca dx, regione intertrocanterica sn).....Riduzione del gradiente di captazione a livello vertebrale....riduzione del gradiente di captazione in sede retroareolare dx...**""



(CLICCARE PER INGRANDIRE)

Figura 7

Nei carcinomi metastatici della mammella i trattati di oncologia escludono la possibilità di guarigione e definiscono palliative le cure. In questo caso plurimetastatico presentato al congresso, come documenta la CT-PET (TAC+PET) si è ottenuta un'evidente eliminazioni della disseminazione metastatica in 6 mesi.

Spero che il nostro impegno contribuisca a risvegliare la coscienza di questa umanità addormentata dall'ipnosi indotta dai perversi meccanismi commerciali. In conclusione l'oncologia è in fase di stallo, è all'affannosa quanto vana ma lucrosissima ricerca di interventi *mirati* su singoli e marginali meccanismi di genetica cellulare, e quindi estremamente limitati. Non sono ricercati e valorizzati i concetti basilari, generali, i denominatori comuni della biologia neoplastica, gli interruttori generali da spegnere, e quindi le modalità terapeutiche da contrapporvi, che stanno alla base della genesi (mutazioni) e

dello sviluppo successivo (proliferazione) delle popolazioni neoplastiche. La frattura tra medicina clinico-scientifica e quella speculativo-commerciale è la causa di questo ovvio fallimento, in quanto tutta la ricerca è pianificata e finanziata dalle multinazionali farmaceutiche al solo scopo di sviluppare brevetti. Da decenni ormai vengono presentati solamente *lavori* scientifici su nuovi farmaci (pochi) o diverse loro associazioni nei trattamenti, che suggeriscono potenziali miglioramenti terapeutici che si traducono sostanzialmente in un prolungamento della sopravvivenza solo di qualche mese.

E' ormai evidente la frustrazione, la sfiducia, e come nell'inconscio collettivo del clinico, o del ricercatore, sia stata ormai abbandonata l'idea della guarigione. Si stanno disperdendo su spazi immensi come è emerso dalle desolate conclusioni della ricerca delle mutazioni delle sequenze delle basi azotate del DNA in cellule del tumore della mammella attuato dalla [Washington University in](#) uno studio multicentrico. Il titolo dell'articolo è significativo: *Scoperta shock: in 50 DNA del seno 1.700 storie diverse*. Hanno mappato il DNA in 50 donne con carcinoma al seno e hanno scoperto ben 1.700 mutazioni di cui quelle ricorrenti sono solo 5. I dati sono stati comunicati a Orlando, in Florida, al 120° meeting annuale dell'American Association for Cancer Research (Aacr).

Teoricamente, secondo la mentalità corrente, dovrebbero sviluppare 1.700 utopistiche costosissime contromisure terapeutiche specifiche. Anche per i non addetti ai lavori è chiaro che hanno sbagliato strada. Gli interruttori generali da spegnere nelle cellule tumorali sono i due ormoni della crescita interattivi e coespressi, il GH e la Prolattina, unitamente al meccanismo delle mutazioni. Abbiamo fatto emergere al Congresso l'assoluta rilevanza clinica e scientifica, il dato totalmente innovativo in oncologia, dei primi casi di tumori solidi scientificamente documentati di guarigione completa e stabile ottenuta unicamente con il metodo Di Bella, senza alcun intervento chirurgico, chemioterapia o radioterapia.

Può essere significativa e chiarificatrice a proposito questa notizia pubblicata da [Uniti contro la multinazionale del cancro](#) il 1 giugno 2011 alle ore 15:53:

[Oncologo americano rifiuta la chemioterapia per la moglie](#); non la sottopone a nessuna chemioterapia o radioterapia, ma si affida alla

somatostatina (quella di Luigi Di Bella). E la moglie guarisce! ...

www.facebook.com/notes/uniti.../205829269454455. Sidney Winawer è un oncologo direttore del Laboratorio di Ricerca per il Cancro al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York, uno dei centri più importanti del mondo. Per decenni ha praticato la chemioterapia a tutti i pazienti... ben consapevole dei danni catastrofici e dell'inutilità assoluta di quel tipo di cura (come ammetterà più tardi nel suo libro *Dolce è la tua voce*, Positive Press). I gravi e noti limiti delle attuali terapie mediche oncologiche, la pesante tossicità, anche mortale, gli effetti collaterali non di rado irreversibili, stanno inducendo la fuga di un numero crescente di ammalati (oltre un terzo) dalle cure istituzionali di *provata efficacia* alla ricerca di soluzioni alternative.

Se anche l'efficacia di questi trattamenti può essere discutibile, almeno non uccidono l'ammalato prima di quanto non faccia il tumore, e generalmente sono tollerati. A volte possono dare qualche transitorio beneficio, sicuramente un effetto placebo, comunque non peggiorano la patologia e certamente hanno l'indiscutibile merito di sottrarre i malcapitati ad inutili e drammatiche sofferenze. Le rarissime pubblicazioni di terapie alternative non trattano mai statistiche omogenee di singole neoplasie ma sporadici casi isolati; manca pertanto il fondamentale dato delle mediane di sopravvivenza, del calcolo statistico, della qualità di vita, dell'intervallo libero da malattia, della standardizzazione della diagnostica ematochimica e strumentale, pertanto del confronto con le statistiche ufficiali per ogni patologia, grado istologico, nucleare, stadio.

Publicando con colleghi che prescrivono il MDB circa seicento casi di ammalati trattati con MDB su riviste internazionali recensite da www.pubmed.gov, e comunicandoli a congressi internazionali, ho risposto a questa legittima richiesta della comunità scientifica **adeguandomi ai parametri di verifica e valutazione richiesti dalla medicina scientifica** (le cure alternative sono sottoposte ad appositi e differenti criteri di valutazione più empirici e sommari). Nessuno può pretendere di essere creduto per fede. Queste modalità di certificazione e documentazione scientifica universalmente accettate e sottoscritte sono in gran parte ignorate e vanificate dalle scelte terapeutiche imposte dalla burocrazia sanitaria e ufficializzate dalle varie commissioni ministeriali.

Hanno fatto ogni tentativo iniziando dalla pseudosperimentazione del 1998, per relegare il MDB tra le terapie *alternative*. La progressiva conferma del Metodo Di Bella nella letteratura scientifica e in congressi mondiali sta inasprendo la censura, disinformazione e diffamazione del MDB in Italia. Appena tornato a Bologna ho cercato, attraverso i miei pochi canali informativi, di portare all'attenzione della stampa nazionale il risultato ottenuto. Ho dovuto constatare però un'immediato e inaspettato *blocco*, attuato sicuramente attraverso intimidazioni o censure, nei confronti di quei pochi giornalisti che erano ancora disponibili a concedermi qualche spazio all'interno delle loro testate. Il messaggio ora è chiaro. Hanno ricevuto una generalizzata e *convincente* consegna del silenzio. Non è più il caso quindi di parlare di Metodo Di Bella, almeno in Italia. Il vero pericolo per i santoni della medicina, gli artisti del falso, i circoli di potere che gestiscono la medicina e la più ricca di tutte le malattie, il cancro, non è costituito da terapie alternative, ma dall'unica cura razionalmente scientifica e clinicamente efficace documentata nelle banche dati mondiali, e in grado di affrontare il pubblico dibattito in vaste e prestigiose assemblee scientifiche internazionali. Non preoccupano, se non marginalmente, bicarbonato, tossina difterica, veleno di scorpione, pseudovitamina B 17, polvere di diamante, aloe, decotti miracolosi, pozioni magiche, cristalloterapia, tisane, elisir, elucubrazioni hammeriane, pozioni tibetane, sovradosaggi di vitamina C, clisteri fantozziani, ascorbato di potassio. Queste scelte infastidiscono perchè ogni paziente sottratto a terapie ufficiali comporta perdita di fatturato.

Questi prodotti *alternativi* generalmente non creano danni, a volte come l'ascorbato di potassio, esistono solo sulla carta, sono farmaci *teorici*, in quanto appena l'ascorbato di potassio è ingerito, a contatto dei succhi digestivi, si scinde immediatamente in ac Ascorbico (vitamina C) da una parte e Potassio dall'altra. Non esiste pertanto l'azione della molecola ascorbato di potassio come tale.

Relativamente a sovradosaggi progressivi e ciclici di vitamina C in vena come monoterapia antitumorale, non sono documentati rilevanti danni o particolari

tossicità. Da oltre 40 anni il professor Di Bella aveva inserito la vitamina C nella sua multiterapia essendo uno degli obiettivi del MDB il recupero di ottimali condizioni fisiologiche. Le modalità e la posologia sono però molto diverse. Nel MDB, come pubblicato nella mia monografia *Il Metodo Di Bella*, Mattioli Editore, 3° edizione, 2005, nel volume *Come prevenire I tumori*, Marconi Editore, 2002, e nella pubblicazione *The Di Bella Method (DBM)*. [Neuro Endocrinol Lett.](#) 2010;31 Supplemento 1:1-42, la vitamina C è un componente necessario, ma ben lontano da essere sufficiente in oncoterapia.

Sintetizzo alcune funzioni antitumorali e meccanismi d'azione della vitamina C riportate nelle suddette pubblicazioni:

- L'acido ascorbico è uno dei più importanti agenti riducenti presenti nei tessuti viventi, è un forte agente anti-ossidante, che reagisce direttamente con atomi di ossigeno singoli, idrossidi e radicali superossidi (Sauberlich 1994).
- I linfociti umani normali hanno la capacità di concentrare intracellularmente la vitamina C, che aiuta a proteggere tali cellule dai danni ossidativi (Levine e altri, 1996; Ozturk e altri, 2001).
- Previene i danni cellulari indotti da prodotti ossidativi, inclusi i radicali liberi (Padh, 1991).
- È documentata una relazione inversa statisticamente significativa tra la quantità di vitamina C, caroteni, verdure ed agrumi consumati e l'incidenza di linfoma non-Hodgkin (Ward e altri, 1994).
- Può avere un ruolo preventivo e terapeutico nel cancro (Bendich and Langseth, 1995).
- Inibisce gli effetti carcinogenici prodotti da sostanze mutagene (Aidoo e altri, 1994; Lee e altri, 2002).
- Preserva l'integrità del tessuto connettivo in funzione antiblastica (Bendich and Langseth, 1995).
- Esercita attività angiostatica sulla proliferazione delle cellule endoteliali

(Ashino e altri, 2003).

- Cellule-T di linfoma NH sono sensibili alla vitamina C. Concentrazioni minori di 50 micromol/l uccidono le cellule nel giro di poche ore (Helgestad et altri, 1990).
- Linee cellulari di tumori linfoblastici sono inibite dalla vitamina C (Kao e altri, 1993).
- Esercita attività antineoplastica con diversi meccanismi d'azione (Cameron e altri, 1979; Head, 1998).
- Esercita attività antimetastatica mediante la sintesi di collagene (Pinnel e altri, 1987; Peterkofsky, 1991).
- Esercita attività antimetastatica attraverso l'inibizione della ialuronidasi (Cameron e altri, 1973).
- Esercita attività antimetastatica diminuendo la permeabilità di cellule endoteliali alle popolazioni cellulari neoplastiche (Utoguchi e altri, 1995)
- Migliora il performance status nei pazienti neoplastici (Head, 1998).
- Incrementa la sopravvivenza dei pazienti neoplastici terminali (Cameron e altri, 1974; Cameron e altri, 1976; Cameron e altri, 1978; Cameron, 1991).
- Potenzia l'efficacia di farmaci antineoplastici in cellule di linfoma (Michel e altri, 2003; Nagy e altri, 2003; Lee e altri, 1994; Prasad e altri, 1994; Kurbacher e altri, 1996; Nagy e altri, 2003; Prasad e altri, 1992; Sarna e altri, 1993).
- Riduce la tossicità di agenti chemioterapici come l'adriamicina (Fujita e altri, 1982; Shimpo e altri, 1991).

Questi e tanti altri meccanismi d'azione antiblastici della vitamina C sono sinergizzate dagli altri componenti del MDB, che prevede la somministrazione di 2 cucchiaini al giorno, superando generalmente i 4 grammi/die (il dosaggio varia con le dimensioni e il grado di riempimento del cucchiaino) modeste

variazioni, per la tollerabilità del prodotto non incidono. Ciò in funzione terapeutica e preventiva non solo antiblastica ma anche immunomodulante, vasoprotettiva, e antigenerativa di tutta la matrice extracellulare e di funzioni vitali. Ovviamente non si possono effettuare giornalmente e per tempi lunghi endovenose con megadosi di vitamina C. Nel MDB la sostanziale differenza con la infusione ciclica in vena sta nella somministrazione giornaliera e costante, in quanto la cellula neoplastica non concede tregua, nè periodi di sosta; pertanto la somministrazione di tutti i farmaci che concorrono all'azione antitumorale **deve** essere costante. Il MDB è terapia scientifica, non alternativa nell'accezione comune del termine.

Nessuna terapia alternativa è stata ed è osteggiata, odiata, diffamata e censurata come il MDB, che ebbe l'onore di decreti legge ad personam per vietare l'uso di componenti essenziali, si attirò gli anatemi e comunicati stampa di ministri e delle maggiori istituzioni sanitarie, sanzioni, ammonizioni, scomuniche di ordini di medici (quasi nessun medico MDB, a iniziare da mio padre e dal sottoscritto, ne è andato esente). Questo Metodo non insidia solo il fatturato delle multinazionali, ma costituisce un'inaccettabile mancanza di rispetto verso i grandi benefattori dell'umanità, delegittima e ridicolizza i soloni della medicina, i **kols** (key opinion leader) che con tanta fatica e soldi le multinazionali impongono ossessivamente alla pubblica opinione. Il rifiuto delle *linee guida* e dei *prontuari* che zelanti commissioni ministeriali di carica politica impongono, è visto come un sacrilegio, un delitto di lesa maestà verso i venerabili maestri della medicina. Il Cancro costituisce una patologia sistemica drammatica, mutevole, multifattoriale, complessa, che coinvolge anche se in misura, tempi, modalità diverse, tutte le funzioni, organi, apparati, tessuti, parenchimi, strutture portanti su cui poggia la vita. Rappresenta una vita diversa, una biologia più evoluta e prevalente su quella fisiologica, ha un metabolismo diverso, un più favorevole rendimento.

L'insorgenza di un tumore si realizza per insufficienza dei vari e complessi meccanismi omeostatici (l'insieme dei meccanismi biologici di difesa, stabilità ed equilibrio organico) che coinvolgono tutto un organismo per l'asinergia tra oncogeni e oncosoppressori, (molecole che attivano la crescita e proliferazione cellulare e altre che la inibiscono) oltre che per squilibrio dei meccanismi intimamente integrati psico neuro immuno endocrini. È pertanto quantomeno ingenuo, illusorio, sicuramente puerile, illudersi di modificare l'intero ed

efficientissimo sistema biologico neoplastico con un singolo farmaco, anche se potenzialmente dotato di attività antitumorale. È necessario ricondurre all'equilibrio fisiologico quelle alterazioni delle funzioni vitali che hanno consentito l'insorgenza e la progressione tumorale, interdire alle popolazioni neoplastiche l'accesso alle fonti energetiche rappresentate dai due ormoni chiave della vita e della crescita fisiologica e patologica, l'ormone della crescita (GH) e la prolattina (PRL) e dalla cascata dei fattori di crescita correlati e dipendenti. GH e PRL sono prodotti in stretta contiguità nell'ipofisi anteriore, recettorialmente coespressi sulle membrane cellulari e fattorialmente interattivi, come ormai sta emergendo con assoluta evidenza da numerose e recenti pubblicazioni, ad ennesima e definitiva conferma dell'esattezza delle intuizioni scientifiche e cliniche del professor Di Bella. L'ormone della crescita e la Prolattina, oltre che agire potentemente su vie di segnalazione cellulare, sulla trasduzione e amplificazione del segnale proliferativo dalla membrana cellulare al nucleo, attivano una cascata di potenti induttori della crescita cellulare, i fattori di crescita. L'interdizione alla cellula tumorale di questi ormoni comporta, di riflesso, quello dei fattori di crescita che l'oncologia si ostina ancora a cercare di inibire singolarmente (sono oltre 40). Anche queste fondamentali misure terapeutiche sarebbero gradualmente e progressivamente superate dalla più pericolosa, ma ancora ignorata dall'oncologia, caratteristica della cellula neoplastica, la mutazione. È scientificamente evidente che qualsiasi terapia medica del tumore è fallita in partenza se non vengono conseguiti i 3 obiettivi basilari del MDB:

a) la difesa dell'organismo dall'aggressione neoplastica

b) l'inibizione della proliferazione neoplastica

c) il contrasto della spiccata tendenza mutagena del fenotipo neoplastico.

La cellula tumorale è caratterizzata da una frequenza di mutazioni crescente e segue, nella sua progressione, un programma predefinito di sopravvivenza ereditato dai batteri (Radman e altri, 1975) (cui è stato trasferito dai procarioti) definito da Radman SOS, che è presente ma represso nella cellula sana, ed al quale essa accede in condizione di stress acuto.

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, 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 (da non confondere con una concezione darwinista). I protagonisti dell'evoluzione in realtà sono la selezione naturale e la variazione genetica. La selezione naturale agisce sulla variazione genetica conferendo un vantaggio evolutivo 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. Quindi nell'ambito dell'evoluzione, in cui agiscono le mutazioni e la selezione naturale, è chiaro che tutto viene pilotato dal caso.

Naturalmente anche il cancro segue questa prassi evolutiva, e sicuramente è un processo di evoluzione somatica totalmente pilotato dal caso quello che porta alla carcinogenesi. Nell'uomo essa è un processo genetico, la cui dinamica è regolata dall'interazione fra mutazione, selezione, e i meccanismi di omeostasi antiblastica dell'organizzazione tissutale, propria degli organismi complessi pluricellulari superiori e ovviamente ad essi limitata. L'evoluzione di una cellula verso la malignità ha inizio con una o più mutazioni casuali. Queste mutazioni conferiscono ovviamente alla cellula un vantaggio in termini proliferativi e dunque vengono in qualche modo trattenuti dalla selezione. Quindi la lettura attuale della malattia tumorale è in termini evolutivi. Naturalmente l'accumulazione di mutazioni produrrà ondate successive di espansioni clonali.

Secondo il paradigma prevalente della visione ortodossa del cancro, esso è una malattia genetica, originata soprattutto dalla mutazione di 2 classi di geni, gli oncogeni e gli oncosoppressori, pertanto da mutazioni dei geni che regolano la differenziazione e la crescita, direttamente coinvolti nell'evoluzione, e di quelli preposti a mantenere l'integrità del DNA, deputati alla sorveglianza della fedeltà della sintesi del DNA, e alla sua riparazione mediante i molteplici meccanismi apparsi nel corso dell'evoluzione. Tra i geni che regolano l'omeostasi antiblastica un ruolo fondamentale è svolto da quelli che generano

l'apoptosi. Ogni qualvolta si presenti una mutazione in questi geni, una o più mutazioni, si assiste ad una progressione della malattia tumorale. Così quando si verifica una mutazione soprattutto nei geni di riparazione del danno del DNA, si verifica quella che è stata definita instabilità genetica, cioè il fenotipo mutante. Una semplice mutazione di una cellula sana, non riuscirebbe a spiegare questo accumulo di mutazioni e quindi si invoca la presenza di un fenotipo molto più instabile.

Probabilmente c'è un errore di posizione sul concetto di instabilità genetica. Nella concezione di Radman (basata sul sistema di sopravvivenza definito *SOS* e sostenuta da Israel e altri) i due attori fondamentali sono il gene LexA e il gene RecA e le relative proteine. Il gene LexA è un repressore trascrizionale, mentre il gene RecA è invece un regolatore positivo. Rimando alle pubblicazioni citate per approfondimenti. In condizioni di stabilità il programma di sopravvivenza *SOS* non è attivo, esso è represso dal gene LexA. Il sistema *SOS* comprende circa una ventina di geni e quindi quando il DNA viene danneggiato o comunque la sopravvivenza della cellula è in pericolo, la proteina LexA in qualche modo viene inattivata dalla produzione di un'altra proteina, la RecA, ed è a questo punto che si attivano i geni. Sicuramente questo programma è stato messo a punto da mutazioni casuali, selezionate favorevolmente e trattenute dalla cellula che ha accesso a questa informazione in condizioni particolari. Vi sono forti indizi per ritenere, con gli A.A. citati, che questo programma che è stato trattenuto dall'evoluzione, ed è presente negli eucarioti, sia stato trasmesso alle nostre cellule.

La ricerca di un programma *SOS* nelle cellule eucariote e negli organismi multicellulari come il nostro, ha già dato risultati positivi. Gli studi del professor Israel, portano a ricercare omologie, tra le proteine e i geni del sistema *SOS* batterico e quelli trattenuti nelle nostre cellule (Israel, 1996).

Uno di questi geni è stato già identificato. C'è un'omologia molto marcata tra la proteina batterica RecA e una proteina presente nelle nostre cellule, la Rad 51. Dunque abbiamo fondate ragioni di ritenere che il sistema *SOS*, anche in una sua versione molto più evoluta, possa esistere anche nelle nostre cellule. Ad un approfondito esame l'attuale paradigma dominante della visione della progressione maligna come totalmente gestita dal caso, cioè interamente prodotta da una somma di mutazioni successive, ma sempre casuali, non regge,

per il carattere piuttosto prevedibile della progressione maligna. Ad eccezione degli eventi iniziali, sicuramente gestiti da casuali mutazioni, la progressione della malattia tumorale è sicuramente molto stereotipata, è la recita di un copione.

Le cellule tumorali acquisiscono con gradualità e progressione, crescenti proprietà e caratteristiche, ed *imparano* a svolgere tutta una serie di attività. Un fenotipo così caratterizzato, necessita di circa un migliaio di generazioni. Considerando che un tempo di generazione è di circa 48 ore, in un periodo così relativamente breve le cellule tumorali sono in grado di produrre una serie di fattori di crescita che le loro omologhe, non endocrine, non sanno sintetizzare. Le cellule tumorali esprimono dei recettori a questi fattori, che influenzano la proliferazione selettiva, limitata alle stesse popolazioni neoplastiche. Esse inoltre acquisiscono sempre maggiori motilità e formabilità per meglio raggiungere i capillari e aumentare il proprio potenziale di metastasi, sanno inoltre acquistare capacità di sopravvivenza e di proliferazione in parenchimi anche diversi, e ricoprirsi di molecole che le mascherano al sistema immunitario. Successivamente sono in grado di secernere delle proteasi che, lisando le membrane, permettono una invasione per contiguità, oltre a indurre angiogenesi e immunodepressione locale e sistemica. In un lavoro pubblicato nel 2003 su *Nature* si documenta come una cellula di melanoma attaccata da un linfocita, sia in grado di produrre *apoptosi* nel linfocita; quindi le popolazioni neoplastiche raggiungono progressivamente la capacità di eliminare le cellule del sistema immunitario che tentano l'aggressione.

Per ultimo la cellula tumorale è in grado di modificare l'ambiente cellulare circostante, inducendo le cellule vicine a sostenere la propria proliferazione. Il fatto stesso che siano agevolmente in grado di codificare i passaggi essenziali della progressione verso la malignità e di acquisire un graduale incremento di aggressività, proliferazione, adattamento, contraddice una visione evolutiva strettamente casuale della malattia tumorale. Ci sono ulteriori aspetti che danno conforto a questa posizione, le sindromi paraneoplastiche, una sorta di cartina al tornasole della progressione verso la malignità. Un dato significativo è costituito dal fatto che, se queste mutazioni fossero gestite dal caso, o meglio se la progressione fosse totalmente gestita dal caso, dovremmo assistere sia a mutazioni favorevoli, che sfavorevoli, o comunque neutre, rispetto all'evoluzione tumorale. In realtà questo non succede. Le sindromi

paraneoplastiche documentano come la produzione di sostanze anomale, da parte della cellula tumorale, mostri sempre un'utilità biologica per il tumore, che produce soltanto sostanze che gli tornano utili (Israel, 1996). Ciò è fortemente in contraddizione con l'idea oncologica ufficiale di una progressione casuale, del *genoma instabile* perché in questo caso dovremmo assistere anche a produzione di sostanze (se è il caso che gioca) neutre, o comunque anche sfavorevoli, rispetto alla progressione tumorale. Esistono alcuni eventi genetici, caratterizzanti la progressione tumorale, che non corrispondono a delle mutazioni, ma sono semplici riattivazioni e repressioni o amplificazioni di geni, non mutati, ma silenti. Questo inevitabilmente ci porta a concludere che sicuramente gli organismi multicellulari più evoluti, come il nostro, hanno ereditato parti di genoma dai batteri, come emerge chiaramente nei recenti lavori di genetica molecolare in cui si documenta che certi geni batterici si sono assolutamente conservati nelle nostre cellule.

Nell'evoluzione degli organismi pluricellulari verso una sempre maggiore complessità, il destino di ogni cellula si lega a quello della collettività a cui appartiene. L'evoluzione verso la complessità, verso un organismo pluricellulare prevede una sorta di cooperazione della collettività cellulare e dunque l'introduzione di nuove regole; in questo senso l'evoluzione ha messo a punto una sorta di controprogramma o comunque di sistema, che controlla l'omeostasi tissutale, cosa che ovviamente non è possibile e necessaria in un ambiente batterico o unicellulare. Questo è il sistema degli oncosoppressori, che assicura l'omeostasi cellulare antiblastica, impedendo ad ogni singola cellula di affrancarsi e acquistare una propria autonomia, che potrebbe mettere a rischio l'intera collettività tissutale. L'evoluzione ha prodotto questo sistema, sicuramente più giovane e quindi più imperfetto e con delle lacune, che è il sistema degli oncosoppressori. Conseguentemente la ricerca non ha evidenziato negli eucarioti gli omologhi degli oncosoppressori, quindi abbiamo ragione di ritenere che gli oncosoppressori siano dei geni emersi evolutivamente più tardi. Tra gli oncosoppressori è di particolare interesse il gene p53, guardiano del genoma, direttamente coinvolto nell'attivazione di un programma cellulare fondamentale per l'omeostasi antiblastica, quello dell'apoptosi.

Mi sono dilungato sul programma di sopravvivenza di Radman per evidenziare, anche alla luce di queste acquisizioni, la razionalità dei criteri, dei meccanismi molecolari, degli obiettivi del MDB. Le ricerche di Radman, recepite e

sviluppate dal professor Israel, ed esposte dal prof. Truc al I° Congresso Nazionale MDB del maggio 2004 (Di Bella, 2005), e qui riportate, hanno dato maggiore consapevolezza del fatto che la proteiforme capacità di adattamento della cellula tumorale, la sua formidabile vitalità, capacità mutagenica e di recupero, sconosciute alla biologia umana fisiologica, sono state gravemente sottovalutate. L'esatta e realistica valutazione dei pressoché illimitati potenziali biologici neoplastici porta ad una logica terapeutica esattamente conforme ai postulati e al razionale del MDB: solo un precoce attacco multiterapico sinergico e concentrico, senza discontinuità spazio-temporale può tenere testa, contenere e prevalere su una forma di vita diversa e drammaticamente superiore alla fisiologica, con altissime capacità di adattamento, e di superamento, ad ogni singola condizione avversa la medicina possa opporle. La cellula neoplastica supera facilmente qualsiasi singolo ostacolo, per quanto efficace, pertanto solo la contemporanea attivazione di tutta una serie di blocchi alle mutazioni neoplastiche può impedire il più micidiale meccanismo di difesa della cellula tumorale, la mutazione. Solo l'effetto fattoriale sinergico dei componenti multiterapici differenzianti, citostatici e antiproliferativi del MDB, può contrastare ad un tempo la proliferazione esponenziale del fenotipo neoplastico e la sua elevatissima capacità mutagenica, efficientissimo sistema difensivo difficilmente penetrabile.

Ho cercato di chiarire per quali reali e documentate cause una monoterapia, una singola molecola, anche se dotata di effetto antitumorale, sia matematicamente destinata, anche dopo un iniziale e transitorio successo, al sicuro fallimento. Circa 5 mesi fa la rivista internazionale *Neuroendocrinology letters* ha pubblicato integralmente il mio articolo sul MDB, comprensivo anche della documentata descrizione di quel micidiale sistema di mutazione neoplastico che ancora l'oncologia si ostina a ignorare, ancorata all'ormai tramontata e irrazionale teoria del *genoma instabile*. Prima, le immacolate, sacre e disinteressate Vestali che gestiscono la Sanità italiana, accusavano il MDB di non avere documentazione scientifica, adesso che sono pubblicati centinaia di casi da varie riviste medico-scientifiche internazionali (accreditate sulla banca dati mondiale *Med-Line*, pertanto da tutti consultabili), sono indispettite, scagliano anatemi contro le riviste che li hanno pubblicati. Un parlamentare ha inviato ad un alto esponente delle istituzioni sanitarie italiane la recente pubblicazione *The Di Bella Method*. La risposta, dopo diversi mesi di consultazioni (ampiamente scontata per chi conosce la burocrazia sanitaria

italiana), non entra assolutamente e minimamente nel merito del dato scientifico, nè clinico, nè di alcun componente del MDB nè dell'impiego sinergico, nè è in grado di muovere una contestazione specifica motivata e documentata sull'inefficacia o tossicità di un singolo componente della terapia e del suo insieme. Si limita alla forma, non entra nel merito. Non un solo riferimento alle banche dati scientifiche mondiali, sintesi e base della ricerca che ormai con ventottomila pubblicazioni sulla somatostatina, tra cui quattro studi recenti del premio Nobel Schally, evidenzia con certezza matematica l'efficacia antitumorale di quella somatostatina che si ostinano a non voler erogare nelle patologie neoplastiche.

La protervia nel rifiuto dell'evidenza è sconcertante e giunta a livelli inaccettabili, possibili solo nell'ambito del tramonto della civiltà che stiamo vivendo, di una società asservita alla dittatura del falso, plagiata da artisti della menzogna, inebetita da un'informazione farisaica, integralmente gestita da un potere globale e centralizzato, che si regge su un'ossessiva e demagogica retorica di disinformazione, mistificazione e falsificazione. Tanto meno l'illustre personaggio entra nell'aspetto decisivo e primario di ogni terapia: Il risultato, (sul quale ovviamente sorvola, limitandosi a generiche, gratuite, contestabili e non documentate affermazioni sulla metodologia e la forma della ricerca). Una casistica di 553 casi, la guarigione completa, stabile, accertata e documentata con MDB di tumori maligni non operati, nè chemio o radio trattati, (guarigioni totalmente ignote alla chemioterapia come da tutti verificabile attraverso una revisione della letteratura scientifica mondiale) per Sua Eccellenza sono dati insignificanti. L'esimio Personaggio ignora del tutto, come se fosse un dato trascurabile, un incremento delle mediane di sopravvivenza col MDB di oltre il 200% nel peggiore dei casi, quando invece assistiamo, nei congressi internazionali, ad annunci trionfali di rarissimi incrementi del 2-3%. Questi signori rispondono con sprezzante arroganza, come se avessero il monopolio della verità, come se fossero veramente in possesso di cure di *provata efficacia*, di *farmaci innovativi, biologici e intelligenti*.

Nella risposta non una parola sul totale, definitivo, logico e noto fallimento della chemio, di cui la mia pubblicazione ha esaminato e dimostrato ogni causa, con relativo riferimento ai dati ufficiali della letteratura. Ho documentato che i trattamenti chemioterapici possono ottenere in molti tumori una transitoria, palliativa, e pertanto illusoria riduzione volumetrica, anche considerevole a

volte, ma essi rappresentano la causa primaria di successive recidive e progressioni tumorali disseminate e inarrestabili. La lettera del Luminare si limita unicamente alla forma dello studio, omettendo e dimenticando che anche essa, oltre ai risultati, è stata ritenuta pienamente valida da una rivista internazionale di alta credibilità come evidenzia l'*Impact Factor di Neuroendocrinology Letters*, che ha pubblicato *The Di Bella Method*. Pertanto chi gestisce in Italia la Sanità è radicalmente smentito non solo da una delle massime riviste mondiali, ma anche dal comitato scientifico, del più alto livello, quello di *Med-Line* (di proprietà degli USA), che ha revisionato e confermato la pubblicazione. Il giudizio dogmatico-politico sul MDB è radicalmente vanificato da istituzioni internazionali della ricerca di incontestabile autorità clinica e scientifica. Ciò porta ad una considerazione triste e desolante sul livello etico-scientifico e clinico della nostra sanità. È stato comunque molto importante che un parlamentare abbia costretto, con l'invio della pubblicazione *The Di Bella Method* questi signori a prendere atto di questa sgradita realtà. Nella pubblicazione è anche evidenziata la totale mancanza di scientificità della sperimentazione del 1998, inoltre essendo i dati pubblicati nel lavoro assolutamente antitetici alle conclusioni della sperimentazione stessa, ne rappresentano la pietra tombale, con ulteriore, gravissima perdita di credibilità e prestigio delle nostre istituzioni sanitarie.

Questo spiega anche il tono indispettito, stizzoso e rabbioso della risposta. Le conferme del MDB sono crescenti e avvalorate anche dai citati inviti a relazionare a congressi mondiali e dalla pubblicazioni agli atti delle relazioni. I ricercatori e clinici che compongono il comitato scientifico di *Neuroendocrinology Letters* che decide le pubblicazioni, sono di alto livello, appartengono a università americane, europee e asiatiche, ben superiori alle nostre commissioni di nomina politica. Inoltre la stampa di un supplemento, contrariamente a quanto scrive il politico, non scredita, ma avvalora la pubblicazione, (infatti il supplemento è recensito da *Med-Line*), perchè il supplemento si è reso necessario in quanto, invece delle 5-10 pagine di una normale pubblicazione, *The Di Bella Method* comprende 42 pagine in formato più ampio del solito, A4 con 410 voci bibliografiche. Quando una pubblicazione supera i normali limiti, la banca dati scientifica, *Med-Line-www.pubmed.gov* di proprietà degli USA, dopo una prima pubblicazione, ritira il lavoro, e lo sottopone ad un'accurata revisione da parte di esperti governativi per accertare il livello scientifico ed eventuali conflitti d'interesse ideologici e/o finanziari.

Dopo un periodo di sospensione di poco più di un mese *The Di Bella Method* ha superato anche questa seconda verifica ed è stato ri ammesso in www.pubmed.gov a totale smentita di quanto affermato dalla burocrazia sanitaria italiana (ricordiamo sempre, di nomina politica). Il mio tanto disprezzato articolo *The Di Bella Method* [Neuro Endocrinol Lett.](#) 2010; 31 Suppl 1:1-421, che una così indispettita e indignata reazione aveva suscitato nei burocrati della Sanità italiana, nella parte relativa al sistema di mutazione neoplastica, è stato ripreso e riproposto avvalorandone la rilevanza e le basi molecolari, dalla prestigiosa *Nature Reviews Cancer*, volume 11, maggio 2011, Lambert G. e altri, *An Analog between the evolution of drug resistance in bacterial communities and malignant tissues* (ovviamente senza citare il sottoscritto che lo aveva pubblicato 5 mesi prima. In questi giorni scriverò alla rivista per ricordare che ho anticipato di 5 mesi queste nuove e realistiche interpretazione delle mutazioni neoplastiche).

Ai luminari, lampadari e riflettori che ci illuminano con il loro immenso sapere e gigantesco ingegno, parafrasando Sant'Agostino potremmo dire «*Contra factum non valet argumentum*», (nessuna argomentazione può smentire una realtà, un dato di fatto); pertanto possono disquisire sugli aspetti formali, su tutti i sofismi, le argomentazioni e i bizantinismi, mentre invece il dato di fatto sostanziale, essenziale, reale, è che con MDB i malati guariscono e/o possono vivere molto più e meglio che con le attuali terapie mediche dei tumori, senza le gravissime, tragiche, inutili, sofferenze e tossicità (anche mortali a volte) e gli altissimi costi, non solo finanziari, ma umani e sociali della chemio e di tutti i farmaci indotti. Per una sopravvivenza del 2% a 5 anni il contribuente italiano ha il piacere di spendere 1.470 milioni di euro, pari al 32% dell'intera spesa ospedaliera per farmaci. Tutto questo per chiarire l'estrema complessità, l'intergioco multifattoriale, la continua e mutevole interazione di una quantità di meccanismi biologici che consentono l'insorgenza e la progressione della malattia neoplastica e vanificano ovviamente qualsiasi approccio monoterapico a questa proteiforme patologia.

Nell'ammalato neoplastico coesistono e interagiscono variamente sofferenze spirituali, morali, psicologiche e organiche. Ho potuto osservare che spesso anche personalità eminenti, uomini colti, d'ingegno, di fronte a gravi e profonde sofferenze, al rapido decadimento fisico, all'improvviso declino delle energie, alla perdita della speranza, sentendo prossima la fine, sperimentano la

perdita del discernimento e della capacità di giudizio. Sono disorientati, insicuri, terrorizzati, incapaci di scelte ragionate e razionali, plagiabili, si aggrappano disperatamente a false sicurezze.

Un esempio significativo: Il Precursore, San Giovanni Battista, fu il primo ad avere non solo la piena e profonda consapevolezza della divinità di Gesù Cristo, ma la certezza assoluta che Gesù Cristo fosse il Messia, il Figlio di Dio, (Vangelo di Giovanni 1, 19-10,42). Privato della speranza, della libertà, in uno stato di profonda sofferenza e prostrazione sente prossima la morte e perde il discernimento, le sicurezze, la capacità critica, la fede, prima assoluta, nella divinità di Gesù Cristo, manda i suoi apostoli a chiedergli, *«Sei tu quello che deve venire o dobbiamo attendere un altro»* (Matteo, 11,2).

Se colui di cui Gesù Cristo dice *«Tra i nati di donna non è sorto uno più grande di Giovanni il Battista»* (Matteo 11,3) sperimenta nella sofferenza questo buio della fede, quest'oscuramento dell'intelletto, quest'eclissi delle capacità, dobbiamo avere la consapevolezza che in simili situazioni ad una preghiera incessante allo Spirito Santo dovremmo unire ogni sforzo per vincere paura, panico e stato confusionale, e conservare dominio di sé e capacità di ragionamento e di discernimento. Solo così potremo evitare scelte irrazionali e autolesionistiche divenendo facilissima preda di interessati cantastorie istituzionali o alternativi.

«Ne ultra valeat captivos tenere homines».

Giuseppe Di Bella