



Si deve per forza morire di cancro?

Giuseppe Di Bella / Fabio de Fina 30 Marzo 2011

Intervista a Giuseppe Di Bella raccolta da Fabio de Fina

Suo padre, Luigi Di Bella, oltre alla laurea in Medicina e chirurgia, quali altre specializzazioni aveva ottenuto?

Era laureato oltre che in medicina e chirurgia, in chimica, in farmacia, conseguì la libera docenza in chimica biologica, fisiologia generale, fisiologia umana. Insegnò fisiologia in numerose scuole di specializzazione, scienze dell'alimentazione, neurologia, ORL, ecc. Conseguì inoltre:

- 1) Maturità didattica, all'unanimità, nel concorso per la Cattedra di Fisiologia Generale nell'Università di Camerino;
- 2) Nel concorso per la Cattedra di Fisiologia Generale e Speciale degli animali domestici con elementi di Chimica Biologica, presso l'Università di Bologna, a maggioranza la maturità scientifica ed all'unanimità quella didattica;
- 3) Nel concorso per la Cattedra di Fisiologia Umana all'Università di Cagliari, all'unanimità la maturità didattica e scientifica;
- 4) Nel concorso per la Cattedra di Chimica Biologica presso l'Università di Perugia all'unanimità la maturità didattica;

5) Nel concorso per la Cattedra di Fisiologia Generale presso l'Università di Messina la maturità scientifica e didattica.

Fonti: Boll. Ministero P.I., Parte II, 1948, pagina 2.746; Boll. Uff. Ministero P.I., Parte II, 1948, pagine 1.129-1.132; Boll. Uff. Ministero P.I., Parte II, 1949, pagina 58.

Come si svolse la carriera lavorativa di Luigi Di Bella?

Già al secondo anno di medicina, nonostante la sua giovane età, il professor Tullio, ordinario di Fisiologia della facoltà di Medicina di Messina (ebbe due candidature al Nobel) lo volle interno presso il suo istituto. Il professor Di Bella ebbe parte attiva in tutte le pubblicazioni dell'istituto di fisiologia. L'originalità e la rilevanza scientifica di queste ricerche è riportata nella biografia del professor Di Bella *Il poeta della scienza*, scritta da mio fratello Adolfo. Malgrado un regolare contratto firmato da mio fratello con un'importante casa editrice con distribuzione nazionale, la biografia, ritenuta pericolosa per i circoli di potere che controllano il Paese, senza alcuna spiegazione, è bloccata. Mio fratello dovrà adire alle vie legali per poterla almeno recuperare e pubblicare con un altro editore. Mio padre si laureò in medicina nel 1936 a 23 anni con lode, e successivamente in chimica e farmacia; nello stesso anno ebbe l'incarico di insegnamento di chimica biologica presso l'università di Parma, e successivamente quello di fisiologia umana presso l'Università di Modena, interrotto dalla mobilitazione nel 1941 col grado di capitano medico sul fronte greco, dove fu chiamato a dirigere l'ospedale da campo della Divisione Modena. Per la maniera esemplare con cui diresse l'ospedale militare, pur in grave carenza di organico, fu decorato sul campo. Subito dopo la guerra cercarono di *epurarlo* perché non allineato; vedendo, nell'aprile del '45, la bandiera italiana esposta tra quelle inglese e americana aveva esclamato "*Cristo tra i ladroni*". La battuta non era stata molto apprezzata dai vincitori. Ebbe l'incarico di cattedra di fisiologia generale per le facoltà di scienze naturali, scienze biologiche e farmacia, oltre che l'incarico di cattedra di fisiologia umana nella facoltà di medicina di Modena. Nella biografia citata sono riportate le gravi vessazioni, continue umiliazioni, meschine emarginazioni che subì in tutta la sua carriera universitaria che lo costrinsero con i suoi risparmi a costruirsi un piccolo laboratorio dove poter effettuare senza divieti e censure, con la collaborazione di allievi e studenti, una grande mole di ricerche sperimentali, le cui acquisizioni trasferì nella clinica.

Riesce a sintetizzare in che cosa consiste Il Metodo Di Bella?

Il Metodo Di Bella è una terapia oncologica biologica razionale basata sull'impiego sinergico di Somatostatina e/o Octreotide (analogo) [inibitori del GH, ormone della

crescita e dei fattori di crescita (GF) GH dipendenti], Bromocriptina e/o Cabergolina [inibitori della Prolattina], Melatonina, Retinoidi ,Vitamine E, D3, C, Condroitinsolfato, Calcio, minimali dosaggi apoptotici, (inducono l'invecchiamento e morte cellulare, fisiologici) non citolitici (letteralmente dosaggi di chemio che spaccano le cellule) di Ciclofosfamide o Oncocarbide. Al 3° Congresso mondiale di Oncologia di Singapore, ho illustrato il razionale del MDB, e documentato i risultati su 553 casi di 29 istotipi (tipi di tumore) diversi. Contrariamente alla disinformazione ampiamente diffusa dalla propaganda dei circoli di potere, il Metodo Di Bella antitumorale, non è *alternativo*, nell'accezione comune del termine, ma rappresenta l'integrazione funzionale e la razionale convergenza delle conoscenze medico-scientifiche definitivamente acquisite, e delle emergenti evidenze scientifiche, in una clinica affrancata da inquinamenti politico-finanziari. Per la documentazione sul MDB si può consultare il sito ufficiale <http://www.metododibella.org/>. Approfondimenti delle sue documentate possibilità sia preventive che terapeutiche, sono reperibili nel volume *Il Metodo Di Bella*, in cui ho riportato il pensiero scientifico di mio padre, i principi costituenti il MDB, i loro aspetti chimici, biochimici, farmacologici, di biologia molecolare, fisiologici, e clinici. Il potenziale d'azione antiblastico dei componenti del MDB è documentato da oltre 2.000 voci bibliografiche citate nel testo. Il volume, alla 3° edizione, (reperibile attraverso il sito) è pubblicato dalla casa editrice scientifica Mattioli 1885 SpA, mentre non è ancora in ristampa l'edizione esaurita del volume *Come prevenire i tumori* in cui ho descritto, sia a livello divulgativo che scientifico, gli aspetti farmacologici, dietetici e comportamentali che possiamo oggi attuare per prevenire l'insorgenza di malattie neoplastiche e degenerative.

Il MDB persegue 3 obiettivi essenziali:

a) La difesa dall'aggressione neoplastica

b) L'inibizione della proliferazione neoplastica

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

Difesa

Il MDB asseconda ed esalta le reazioni vitali e l'omeostasi (misure che l'organismo attua per difendersi da aggressione interne o esterne) antitumorale per metterle in condizione di contrapporsi alla insorgenza e progressione neoplastica. Il tumore è deviazione dalla vita normale, per cui occorre riportare le reazioni deviate verso la norma, attraverso il potenziamento di tutti quei mezzi che la Fisiologia considera essenziali per la vita. Il MDB

persegue questo obiettivo attraverso innovative formulazioni e criteri d'impiego della MLT (complessata con Adenosina e Glicina), di retinoidi solubilizzati in Vitamina E, oltre a Vitamine C, D3, e componenti della ECM. Inserendo componenti apolari come il Betacarotene e la vitamina E tra i fosfolipidi di una membrana cellulare, la si stabilizza preservandola da danni ossidativi e dai radicali liberi.

Inibizione della proliferazione neoplastica

L'espressione recettoriale (punto della cellula su cui agiscono le sostanze) ubiquitaria della Prolattina e del GH (ormone della crescita) rappresenta uno degli aspetti del ruolo mitogeno (di induzione tumorale), diretto e generalizzato, di queste molecole. La proliferazione cellulare sia fisiologica che tumorale è strettamente dipendente dalla Prolattina, dal GH, massimo fattore di crescita, e da Fattori di Crescita, molecole mitogene GH dipendenti, da esso positivamente regolate, come EGF, FGF, HGF, IGF1-2, NGF, PDGF, TGF, VEGF, oltre che da fattori di crescita prodotti dall'apparato gastrointestinale, come VIP, CCK, G. Sia la proliferazione cellulare fisiologica, che quella neoplastica, avvengono per mezzo di queste stesse molecole, che la cellula neoplastica utilizza però in rapporto esponenziale rispetto a quella sana. La proliferazione incontrollata, anche se in misura diversa, caratterizza tutte le neoplasie. L'impiego della somatostatina e analoghi, agendo sulla crescita, denominatore comune a ogni tumore, deve trovare indicazione razionale in ogni neoplasia. In molti tumori, non solo in quelli neuroendocrini, è stata documentata un'espressione recettoriale per la somatostatina. Fattori causali dell'oncogenesi (insorgenza del tumore) sono i danni cromosomici che comportano, in varia misura, inattivazioni di geni oncosoppressori: CD44, Bcl-2, p53, oltre che delle Caspasi 3-8, elementi chiave della cascata apoptotica (reazioni che portano a invecchiamento e morte della cellula). La regolazione negativa degli oncosoppressori (sostanze naturali che si oppongono all'insorgenza e progressione del tumore) è antagonizzata da componenti del MDB. La letteratura ha integralmente confermato i sinergici meccanismi d'azione antineoplastici differenzianti, citostatici, antiproliferativi, antiangiogenici e antimetastatici di tutti i componenti del MDB. Senza l'apporto della Prolattina, dell'ormone della crescita (GH) e dei Fattori di Crescita (GF) prodotti dai tessuti per azione del GH, e quindi strettamente GH-dipendenti, non esiste crescita fisiologica o tumorale. Inibire al tumore l'utilizzo di GH, Prolattina, GF, con il loro antidoto naturale, la Somatostatina, è pertanto di una logica matematica e scientifica. Nella crescita dei tumori ormono-dipendenti, intervengono anche l'estrogeno (nei tumori della mammella e utero), e il testosterone (nel carcinoma prostatico e dei testicoli) inibiti dal MDB con gli specifici antidoti. Malgrado ciò l'oncologia continua a trastullarsi col recettore

della somatostatina (SSTR) vincolando e limitando il suo impiego alle situazioni in cui viene individuato il suo recettore nelle cellule tumorali.

Il contrasto della spiccata tendenza mutagenica del fenotipo neoplastico

L'altro aspetto fondamentale della progressione neoplastica, e pertanto obiettivo della razionalità terapeutica del MDB, è costituito dalle mutazioni delle cellule tumorali, perché ad ogni mutazione la cellula tumorale seleziona e trattiene una serie di vantaggi. Mutazione dopo mutazione, il tumore incrementa progressivamente aggressività, resistenza, velocità di crescita, di capacità metastatica e tossicità. Le proprietà differenzianti (antimutazione) di componenti del MDB come Melatonina, Retinoidi, VIT E, C, D3, e componenti della matrice extracellulare (ECM), si oppongono alla spiccata tendenza mutagenica del tumore. Gli obiettivi strategici di una cura antitumorale pertanto, non possono prescindere dal controllo delle mutazioni, che rappresentano una caratteristica essenziale e un denominatore comune delle cellule tumorali, non meno della citata dipendenza per la crescita da GH, PRL, e GF. Questi dati sono pienamente confermati dalle banche dati scientifiche mondiali, ma ancora ignorati dall'oncologia per una grave frattura tra evidenze scientifiche e applicazione terapeutica. Questa è la causa della reale e tragica impotenza dell'attuale terapia medica dei tumori col **dato scientifico ufficiale (nascosto al pubblico) di un 2% di sopravvivenza a 5 anni** (Morgan et al, dicembre 2004;16 (8): 549-60). Il rimanente 27% a 5 anni sopravvive solo grazie alla chirurgia [Richards et al, **BMJ**, aprile 2000, 1;320 (7239): 895-8]. Un fallimento di questa portata è dovuto ad un concorso di cause, tutte basate sulla mancata valorizzazione delle evidenze scientifiche. In sintesi alla base del fallimento conclamato e documentato della terapia medica del tumore, c'è la frattura tra evidenze scientifiche e terapia convenzionale, indotta da una gestione istituzionale commerciale e speculativa della medicina. Non vengono inibiti l'ormone della crescita, (GH) e conseguentemente i fattori di crescita GH dipendenti, né la Prolattina, **determinanti per la crescita tumorale**. Non vengono potenziate le reazioni e funzioni vitali per contenere l'aggressione e l'espansione neoplastica, **al contrario vengono gravemente degradate e compromesse dalla tossicità della chemio**. Vengono esasperate a livello esponenziale il numero e la frequenza delle mutazioni, al punto tale che una circolare ministeriale mette in guardia il personale ospedaliero femminile in gravidanza dall'avvicinare pazienti in chemio per il pericolo di mutazioni che possano produrre malformazioni embrionali. Il rapporto numero 02/16 (2002) dell'Istituto Superiore di Sanità *Esposizione professionale a chemioterapici antitumorali* ha preso in considerazione i danni a breve e/o a lungo termine causati dall'esposizione professionale ai chemioterapici antitumorali (CA). «*Proprio a causa delle*

loro proprietà citotossiche e immunosoppressive - si legge nel Rapporto - gli antiblastici possono paradossalmente causare tumori secondari. Infatti, non solo sono in grado di innescare la trasformazione di cellule normali in maligne, ma tendono a ridurre le difese endogene contro l'insorgenza di neoplasie (...). Numerosi studi hanno dimostrato la pericolosità per gli operatori sanitari». «(...) Possibili tumori causati da chemioterapici cancerogeni; effetti sull'apparato riproduttivo, aumento degli aborti spontanei e delle malformazioni congenite. I danni risultano anche trasmissibili all'apparato riproduttivo dei figli degli operatori sanitari».

E' documentato e noto che la mutazione di una cellula neoplastica seleziona cellule sempre più aggressive e resistenti. Pertanto una terapia razionale come il MDB deve agire contenendo le mutazioni, non esasperandole come con la chemio. Per questi risultati, e una tossicità di questo livello della chemio, lo Stato italiano spende ogni anno (dal Rapporto AIFA - spese per farmaci ATC), **1.341 milioni di euro, pari al 32,37% del totale della spesa per farmaci.**

Per verificare i singoli componenti, e l'efficacia del MDB nei vari tipi e stadi di tumore, si può consultare la prima pagina del <http://www.metododibella.org/>. sotto documentazione e aggiornamenti scientifici. Oltre alle conferme scientifiche crescenti e ampie del MDB, sia nei singoli componenti, che nell'uso combinato, accuratamente ed ermeticamente censurato dall'informazione, è nascosto anche il dato che migliaia di ammalati si stanno curando in Italia e nel mondo. In certi giorni il sito ufficiale <http://www.metododibella.org/>. supera i 20.000 contatti, e con l'erogazione del 5 x 1.000 alla Fondazione, e le erogazioni liberali, (fiscalmente detraibili), stiamo preparando relazioni per il prossimo congresso mondiale oncologico del maggio 2011 a Dalian in Cina.

Quando nacque l'interesse di Luigi Di Bella per il cancro?

L'impegno clinico e sperimentale del professor Di Bella in campo oncologico nacque essenzialmente dalla esigenza di superare l'elevata tossicità e il completo fallimento della terapia medica dei tumori, in cui la guarigione è unicamente conseguita dalla chirurgia, mentre gli effetti positivi solo illusori e temporanei. Il MDB basa la terapia sulla razionale applicazione clinica delle scienze esatte e pertanto sulla fisiologia. Esso rappresenta un cambio traumatico di concezioni terapeutiche e mentalità cliniche convenzionali, acquisite, consolidate tradizionalmente, abitudinarmente impiegate, non per quei successi che non possono dare perché fondamentalmente irrazionali e pertanto inefficaci, né per la tossicità inaccettabile, ma per varie cause:

1. L'assenza, fino alla comparsa del MDB, di valide alternative, che potessero sostituirle per maggiore efficacia e minore tossicità.

2. Una certa forma di inerzia mentale che porta ad appiattirsi su concezioni terapeutiche protocollate, ripetitive, standardizzate, abitudinarie, anche se superate, obsolete, ingessate nei loro schematismi, difese contro ogni logica ed evidenza. Riesce difficile comprendere e accettare questa sorta di conservatorismo medico-scientifico, in quanto nei tumori solidi, tranne rare eccezioni, il fallimento regolare e sistematico e le drammatiche sofferenze che questi inutili trattamenti infliggono ai malcapitati, malgrado siano quotidianamente evidenti sotto gli occhi di chi somministra queste terapie, non hanno ancora provocato ripensamenti critici né la consapevolezza dell'assoluta necessità di ricercare e attuare percorsi terapeutici totalmente difformi e innovativi.

3. L'influenza determinante di multinazionali con interessi e fatturati, superiori al bilancio di medi Stati, che non sarebbero in grado di attuare una riconversione industriale che preservi gli utili, e impedisca una ricaduta azionaria negativa su tutte quelle finanziarie, banche e investitori in possesso di loro pacchetti azionari, pertanto loro interessati e attivi alleati in difesa della chemioterapia, e anticorpi monoclonali componenti determinanti e insostituibili dei loro utili.

La nuova oncologia biologica, fisiologica, del professor Di Bella può essere definita **antropocentrica nel senso scientifico, filosofico, medico, etico e cristiano del termine**. Considera e cura il portatore del tumore, non il tumore come entità estrapolata da un'inscindibile unità biologica psicofisica e spirituale, secondo un pensiero scientificamente inconsistente ed eticamente aberrante, frutto di una condizione culturale obsoleta a volte inconscia, che rallenta e ostacola l'accettazione delle chiare evidenze scientifiche del Metodo Di Bella (MDB) e il loro impiego clinico terapeutico. Se il tumore è crescita, se la crescita è regolata dal GH e fattori di crescita strettamente GH dipendenti che il MDB inibisce, è ozioso chiedere un protocollo a conferma. Il MDB nasce da acquisizioni saldamente scientifiche, da verità cioè definitivamente acquisite dalla Scienza Ufficiale. Questi concetti sono così stati sinteticamente enunciati dal professor Di Bella nel corso di una sua relazione congressuale: *“Essere essenziale più che l'inattuabile ed immaginaria uccisione di tutti gli elementi neoplastici, la realizzazione di tutte le condizioni note, possibili e atte a ostacolarne lo sviluppo. L'essenziale sta nell'attivare tutti gli inibitori dei noti fattori di crescita alle dosi e con tempestività e tempi opportuni. Il protocollo MDB è nato in questa atmosfera, quella della vita e non dell'intossicazione e morte delle cellule, metodo che asseconda o esalta le reazioni vitali, senza ricercare con precisione statistica le dosi più opportune per uccidere. Il tumore è deviazione dalla vita*

normale, per cui occorre portare le reazioni deviate alla norma, attraverso l'esaltazione di tutti quei mezzi che la Fisiologia considera essenziali per la vita".

Il Metodo Di Bella ha all'origine una particolare intuizione o scoperta?

Nel 1946 mio padre ebbe l'intuizione del ruolo essenziale dell'ormone della crescita (GH) nel cancro e pertanto la convinzione che qualsiasi cura razionale e scientifica del cancro non possa prescindere dall'inibizione del GH. La relazione causale tra somministrazione di un fattore antagonista dell'ormone della crescita o GH, ed inibizione della crescita tumorale, gli derivò dalla lettura del trattato in due volumi di H. B. Van Dyke *The physiology and pharmacology of the pituitary gland*, che d'accordo con l'autore tradusse, per pubblicarne una versione italiana. Nel trattato si citava il caso di una paziente, affetta da tumore ovarico ampiamente diffuso e metastatizzato alle ossa, con prognosi infausta a breve per le condizioni critiche e scadenti, in cui l'ipofisectomia (l'asportazione della ghiandola che produce l'ormone della crescita) produsse la regressione del tumore primitivo e delle metastasi, consentendo una sopravvivenza di tre anni.

Questo risultato, in presenza di un'aspettativa di vita estremamente limitata, fu di tutto rilievo. Il caso dimostrò la stretta relazione causale tra il GH, massimo fattore di crescita e principale ormone ipofisario, e la proliferazione e progressione neoplastica. La remissione della disseminazione metastatica e la sopravvivenza di tre anni furono in rapporto causale con l'ipofisectomia e il conseguente blocco della secrezione di GH. D'altra parte, la sua somministrazione prolungata in bambini con crescita insufficiente e nei casi di nanismo, è stata messa in relazione con incremento del rischio neoplastico. Magnavita[1] e AA, nel 1996, hanno descritto un caso di linfoma di Hodgkin insorto in corso di trattamento con GH, mentre Jungwirt[2] e AA, nel 1997, hanno studiato ed evidenziato il rapporto tra ormone della crescita, somatomedine, e sviluppo di neoplasie.

È accertato da numerosi altri riscontri della letteratura l'incidenza, nettamente superiore alla media, di tumori solidi e leucemie per somministrazioni prolungate di GH. Anche in numerosi casi d'acromegalia (abnorme ed elevata produzione ipofisaria di GH) è stata riscontrata una maggiore incidenza di tumori. Essendo un dato di fatto scientifico incontrovertibile, un'evidenza scientifica, che il tumore è crescita, e che questa crescita è strettamente GH dipendente, l'impiego del suo antidoto biologico, la somatostatina, in funzione antitumorale, ha un'evidente razionalità e una logica matematica. La cellula tumorale ha un'affinità particolarmente elevata per l'ormone della crescita rispetto alle cellule sane; per questo la sua crescita è così elevata e sovrasta quella fisiologica. E'

ampiamente documentato in letteratura, Lincoln, Schally e altri autori, che la velocità di crescita, capacità di espansione e di disseminazione delle popolazioni neoplastiche siano non solo strettamente legate ma addirittura dosedipendenti dalla quantità di recettori per il GH della cellula tumorale; cioè maggiore è la capacità della cellula tumorale di utilizzare il GH, maggiore è la sua velocità di crescita locale e/o a distanza.

Cosa successe all'epoca della nota sperimentazione ordinata dalla ministra della Sanità Rosy Bindi?

Nel 1996, gli esiti positivi del MDB, avevano creato un crescente interesse da parte della pubblica opinione, e una minacciosa ostilità da parte di quei circoli di potere che, come scrive Ralph Moss nel noto volume *Chemoterapy questions* «formano una sorta di establishment del cancro, che controlla l'orientamento della prevenzione, della diagnosi e della terapia del cancro». Ralph Moss conclude che, a livello globale, tutta la legislazione sanitaria tende ad accentrare il potere in poche mani e ad accrescere il conservatorismo in medicina per salvaguardare il profitto. Le numerose, dirette testimonianze dei pazienti e dei familiari circa miglioramenti e/o guarigioni ottenute dal MDB, paragonata alle inutili sofferenze, alla drammatica tossicità e alla sostanziale inefficacia della chemioterapia nei tumori solidi, avevano creato gravi e insormontabili difficoltà all'oncologia convenzionale e ai poteri che la sostenevano, con caduta verticale di credibilità, e fiducia. Per i tanti genuflessi in zelante e servile adorazione di ogni moda, prodotto pseudoculturale e scientifico proveniente dal mondo anglosassone, era inconcepibile, irritante, provocatorio, che un italiano senza finanziamenti statali, senza i miliardi delle vendite nelle piazze di azalee, arance, ortaggi e verdure varie, sceneggiate televisive, malgrado l'atteggiamento sempre più minaccioso e intimidatorio del potere, abbia osato sfidare colossi e santuari mondiali della ricerca oncologica, gigantesche e inutili cattedrali, generose e instancabili dispensatrici di illusioni e di morte (basta considerare la fine di tre componenti della più nota famiglia di imprenditori italiani, di Pavarotti, di Raissa Gorbaciova, di re Hussein , ecc...), e abbia intuito, concepito, formulato e praticato la prima terapia veramente causale, razionale, efficace, tollerata, nella patologia neoplastica. Rifiutarono sdegnosamente e rabbiosamente Di Bella fundamentalmente per la sua statura morale, scientifica, culturale, intellettuale, ma soprattutto per la piena consapevolezza di non poterlo affrontare sul piano scientifico senza uscirne non solo annientati ma ridicolizzati. Come avvenne in tanti congressi nazionali e internazionali. Non sono stati rari i casi in cui illustri personalità della medicina, luminari, cattedratici, hanno rinunciato a esporre la loro relazione se era presente il professor Di Bella. Il tentativo di risolvere la loro critica situazione con una campagna diffamatoria fino al linciaggio morale, l'insulto triviale, e la promulgazione di

altisonanti proclami, di autentiche bolle di scomunica, di diffide degli ordini dei medici, di minacce e intimidazioni al professor Di Bella, e al numero crescente di medici che cominciavano a prescrivere il MDB, sortì l'effetto diametralmente opposto, riducendo ulteriormente il già scarso prestigio delle istituzioni sanitarie.

Difficilmente chi ha prescritto il MDB, a incominciare dal sottoscritto, ha evitato vessazioni, intimidazioni, oltre che sanzioni da parte degli ordini dei medici. Nell'aprile 1996 al numero già rilevante (anche se difficilmente quantificabile) di ammalati in cura col Metodo Di Bella fu interdetto l'uso della Melatonina (MLT) mediante il decreto legge 25 marzo 96 numero 161, promosso dal presidente pro tempore della Commissione Unica del Farmaco illustrissimo professor Garattini. Il provvedimento innescò gravi reazioni, anche per la totale e documentata mancanza di tossicità acuta e cronica della MLT, liberamente in vendita in tante nazioni e nei supermercati americani come prodotto da banco, cioè senza prescrizione medica. Si arrivò a manifestazioni di piazza, originate dal rifiuto di sottostare a regole, coercizioni burocratiche, commissioni e apparati arroganti e vessatori, che avevano la sempre più palese finalità di salvaguardare inconfessabili interessi. Iniziarono le prime riunioni libere e spontanee di pazienti, cui seguirono manifestazioni e associazioni per difendere la libertà di cura. Per il decreto Garattini il medico prescrittore della MLT, era penalmente perseguibile. Il professor Di Bella non si fece intimidire, continuò le prescrizioni, scrivendo alla fine delle ricette, che il decreto legge faceva esplicito divieto al medico di prescrivere la MLT. La Corte Costituzionale accolse il ricorso dei pazienti dichiarando incostituzionale il decreto 161. Secondo il professor Di Bella la Melatonina, non come tale, ma chimicamente complessata con adenosina mediante un legame chimico di idrogeno, (esattamente come nei liquidi biologici e in molte cellule) era una condizione necessaria, anche se non sufficiente nella cura dei tumori, oltre che di malattie degenerative, soprattutto del sistema nervoso centrale e periferico. Seguì a breve un secondo tentativo di blocco del MDB cancellando la somatostatina dalla fascia A (farmaci erogati dal SSN) e fissandone (nel 1996) il prezzo a 516.000 lire per 3 milligrammi, dose giornaliera della cura. I pazienti che potevano curarsi grazie all'erogazione gratuita della somatostatina si trovarono nell'impossibilità di continuare la terapia essendo ovviamente la spesa giornaliera di 516.000 inaccessibile, e scesero in piazza innescando un contenzioso con le istituzioni. Si accertò in quel periodo che 3 milligrammi di somatostatina purissima della migliore qualità erano facilmente reperibili presso l'industria chimica al prezzo di 3.500 lire. Alcune farmacie attrezzarono una camera sterile, un liofilizzatore e misero in vendita la somatostatina a 10.000 lire circa. Furono immediatamente e ripetutamente sottoposte a ogni sorta di verifica e controllo. L'ordine dei medici di Modena emanò un comunicato stampa per diffidare il professor Di

Bella e i medici a prescrivere il MDB, pena gravi sanzioni, fino alla radiazione dall'ordine; si aggiunsero scomuniche e anatemi di vari ordini dei medici e della federazione nazionale degli ordini dei medici. Sia io che mio padre fummo convocati dai rispettivi ordini. In questo clima, in siffatto contesto, e per queste reali cause, con farisaiche argomentazioni, simulando un interesse scientifico, e la ricerca di quella verità che con ogni mezzo e argomentazione cercavano di nascondere, dal cilindro delle vecchie volpi del mondo politico-sanitario, uscì la sperimentazione, àncora di salvezza di un sistema medico-politico-finanziario che pretendeva di gestire il paziente ad esclusivo tornaconto di istituzioni e organizzazioni, che sulla sofferenza vivono, prosperano e ingrassano. La richiesta di ampi settori della pubblica opinione dell'erogazione del MDB da parte del SSN, fu elusa con una sperimentazione di fase 2, che nessuno aveva chiesto, se non quanti erano interessati a delegittimare il MDB. Una sperimentazione di fase 2 non aveva alcun senso perché i farmaci componenti il MDB, erano noti nelle loro caratteristiche chimiche, biochimiche, farmacologico-tossicologiche. Il 23 dicembre 1997 il comunicato stampa numero 267 del ministero della Sanità, firmato dal ministro Rosy Bindi recitava: *«Considerata l'esistenza del cosiddetto Metodo Di Bella per il trattamento di varie patologie oncologiche, considerati i pareri che su detto metodo sono stati resi dalla Commissione oncologica nazionale in data 5 febbraio 1996, dalla commissione unica del farmaco in data 8 gennaio 1997, nonché il comunicato del Comitato di Presidenza del Consiglio Superiore di Sanità in data 16 luglio 1997 e il parere dell'assemblea Generale del Consiglio stesso in data 19 dicembre 1997. Rilevato che da tutti gli organismi suddetti è stata affermata la mancanza di fondamento scientifico documentato del metodo Di Bella e quindi l'insuscettibilità del medesimo all'impiego sistematico negli ammalati di tutti i tipi di tumore...».*

Risponde a verità quanto affermato in tono perentorio, sprezzante, intimidatorio, dalle massime autorità e commissioni sanitarie italiane? È proprio vero che la letteratura medico scientifica mondiale alla fine del 1997, non comprendesse alcun articolo scientifico che comprovasse l'azione antitumorale di ogni singolo farmaco componenti il MDB? Non vi erano pertanto pubblicazioni relative all'azione antitumorale di questi farmaci? Non esistevano i presupposti razionali, scientifici, etico-deontologici il 23 dicembre 97? Il MDB era veramente una terapia astrusa, illogica, senza alcun precedente studio in vitro o sperimentale o clinico? Rispondeva a verità che non vi erano dati farmacologici, tossicologici? La chemioterapia, con cui si confrontava il MDB, era veramente talmente efficace e priva di effetti tossici, da escludere a priori ogni alternativa medica, aprioristicamente rigettata? Perché non è stato neppure considerato il razionale del MDB, basato su conoscenze scientifiche consolidate, e una linea di pensiero semplice e intuibile

nella sua matematica logicità, basata sulle scienze esatte? Una ricerca eseguita su singoli farmaci componenti il MDB, fino a tutto il 1997, incrociando i farmaci con la parola *Cancer*, e limitando la ricerca agli studi eseguiti sull'uomo presso la massima banca dati bio-medica (Med-line), che raccoglie gli abstract delle più autorevoli riviste scientifiche, ha evidenziato settemilaquaranta (7.040) pubblicazioni sui principi terapeutici costituenti il MDB.

Melatonina: 318

Retinoidi: 1.582

Vitamina E: 819

Bromocriptina: 1.504

Somatostatina: 2.817

Totale: 7.040

Queste 7.040 pubblicazioni per il ministero della Sanità e le massime autorità e Commissioni Sanitarie Nazionali significavano : «... *mancanza di fondamento scientifico documentato del metodo Di Bella e quindi l'insuscettibilità del medesimo all'impiego sistematico negli ammalati di tutti i tipi di tumore...*». Come suggerito da molte pubblicazioni e studi clinici era auspicabile verificare l'effetto delle molecole del MDB, in situazioni neoplastiche iniziali, non inquinate da pregressi trattamenti, e irreversibilmente compromesse dallo stadio critico-terminale, dando evidenza e serietà scientifica con un gruppo di controllo in doppio cieco. La richiesta di dispensare senza ostacoli burocratici, e pretestuose scuse di sorta il MDB, concedendo nei fatti quella libertà di cura sancita dall'articolo 32 della Costituzione, rimase lettera morta. La forma, la sceneggiatura, l'apparenza della sperimentazione furono perfette, accuratamente studiate da un'accorta regia, per dare l'impressione della massima serietà e scientificità, con tanto di *Comitati guida* e perfino una costosa commissione di esperti internazionali, sontuosamente ospitata e lautamente retribuita, (è risaputo che i nostri politici sono particolarmente generosi col denaro dei contribuenti), che in pratica si limitò a prendere atto di quanto faceva l'ISS, (Istituto Superiore di Sanità) ma non svolse alcun effettivo e reale controllo, non si accorse

di nulla, non evidenziò alcuna delle clamorose e lampanti anomalie della sperimentazione, malgrado fossero oggetto di gravissime denunce da parte di pazienti, associazioni, decine di interrogazioni parlamentari e di inchieste da parte della magistratura, la cui conduzione e conclusione è trattata nel sito ufficiale del <http://www.metododibella.org/>. alla sezione Sperimentazione. Né risolse problemi che per il ministero si rivelarono insormontabili, come le prove di stabilità dei retinoidi, e l'eliminazione dell'acetone, gravemente tossico e altamente cancerogeno dal composto di retinoidi [l'acetone aveva la funzione di solvente organico nella preparazione del composto dei retinoidi, essendo l'alfatocoferile acetato (Vitamina E), il Betacarotene, l'axeroftolo palmitato e l'acido trans -retinoico (retinoidi) sostanze chimicamente apolari, pertanto non perfettamente solubilizzabili senza un solvente organico]. Drammatici problemi che le farmacie private hanno dimostrato di risolvere facilmente e correntemente, (vedi <http://www.metododibella.org/>).

Relativamente alla sperimentazione del MDB, nella prima pagina del sito ufficiale <http://www.metododibella.org/>, alla sezione *In evidenza*, e in quella *Legali e legislative* alla voce *Sperimentazione MDB I e II* sono riportati per intero documenti ufficiali. Nei primi mesi del 1998, su richiesta del comitato guida della sperimentazione, il professor Di Bella consentì l'esame della sua documentazione clinica da parte della professoressa Buiatti, incaricata dal ministero di effettuare presso il suo laboratorio uno studio osservazionale retrospettivo sulle migliaia di cartelle cliniche dei suoi pazienti.

Il 24 giugno 1998, l'informazione radiotelevisiva e la stampa diedero ampio spazio e massima evidenza ai deludenti risultati di questo studio, affermando che dall'esame di parecchie migliaia di cartelle, un solo paziente risultava guarito con il MDB. Questi risultati (totalmente privi di attendibilità) furono divulgati nel corso della sperimentazione, contro ogni elementare e nota norma che regoli studi clinici sperimentali. Il comitato guida cercò di scusarsi con varie e opinabili argomentazioni. Nei limiti di tempo fissati dal comitato guida, la professoressa Buratti, delle 10.000 cartelle circa ne esaminò 3.076; di esse 1.523 si riferivano a neoplasie, le altre a patologie non neoplastiche trattate dal professor Di Bella. Non è stato spiegato il motivo per cui non furono esaminate quelle dal 1997 in poi, che registravano alcuni dei risultati più significativi del MDB. Una rilevante quantità di cartelle contenenti numerose risposte positive in termini di guarigioni e/o blocco della progressione tumorale, furono ignorate, con la giustificazione che gli ammalati erano residenti in aree non coperte dal registro nazionale dei tumori, (che copre una minoranza della popolazione) escludendo pertanto le relative cartelle, come se questo fosse sufficiente per ignorare il dato di fatto scientificamente documentato e verificabile di una guarigione. Rimasero così 605 cartelle, ridotte poi a 248 per insufficiente documentazione, senza peraltro contattare i pazienti e associazioni che avevano dato ampia disponibilità a

collaborare in tal senso. Dopo una complessa quanto ermetica serie di argomentazioni di genere statistico epidemiologico, si arrivò a considerare 4 pazienti, di cui 1 guarito, lasciando intendere alla pubblica opinione che su circa 10.000 cartelle del professor Di Bella si era registrato un solo caso di guarigione.

E veniamo all'irrazionalità di una sperimentazione di fase 2, non randomizzata e senza gruppo di controllo. Come ho precedentemente documentato, la ricerca eseguita sui singoli farmaci componenti il MDB, fino a tutto il 1997, (cioè prima dell'inizio della sperimentazione) incrociando i farmaci con la parola *Cancer*, e limitando la ricerca agli studi eseguiti sull'uomo nella massima banca dati bio-medica (Med-line), <http://www.pubmed.gov/> che raccoglie gli abstract delle più autorevoli riviste scientifiche, aveva evidenziato settemilaquaranta (7.040) pubblicazioni sui principi terapeutici costituenti l'MDB. In base ai dati di cui sopra, sorge spontanea una domanda: come mai il ministro della Salute e tutte indistintamente le commissioni e istituzioni sanitarie hanno totalmente ignorato una mole così vasta di conferme, come mai l'Istituto Superiore di Sanità ha affermato che, di questi farmaci, «*non vi è alcuna prova preliminare (sic!!!) né di efficacia né di innocuità*»? Se la letteratura scientifica mondiale parla chiaramente, e se in tutto il mondo l'interesse per questi farmaci è in aumento, (oggi oltre sessantamila) perché Istituto Superiore di Sanità non ne ha tenuto conto?

Veniamo ad un altro punto: la progettazione della sperimentazione del MDB.

In base alla letteratura scientifica più aggiornata, visti i buoni risultati preliminari (vedi sopra) era assolutamente giustificato, anzi imperativo impostare uno studio con gruppi di controllo e con tumori in fase iniziale. Questo concetto emerge innumerevoli volte dalla rassegna di pubblicazioni relative ai componenti del MDB, come Somatostatina, Melatonina, Retinoidi, Vitamina D3, etc..., e ripete quanto riportato nei lavori di Manni, Klijn, Panzer, Bartsch, Pollak e Schally, etc: «*E' assolutamente necessario verificare questi dati preliminari applicando protocolli in doppio cieco e dovrebbero essere sviluppati 'trials' futuri terapeutici in pazienti con tumori maligni in fase iniziale...*». «*... I dati preclinici sono ora sufficienti per giustificare studi clinici con gruppi di controllo nei tumori di mammella, prostata e pancreas*». Oltre a questi dati di letteratura, vi erano le centinaia di testimonianze di pazienti sull'efficacia del MDB in numerose forme tumorali. Quindi sia i dati della letteratura, sia l'esperienza clinica non solo giustificavano, ma imponevano una sperimentazione con un alto livello di evidenza scientifica, quindi randomizzata e con gruppo di controllo. L'I. S. S. ha sostenuto che: «*E' stato anche necessario effettuare uno studio senza gruppo di controllo perché, nella situazione esistente dall'inizio del 1998, ciò non era concepibile...*». Non era concepibile fare il tipo di

studio che viene fatto in tutto il mondo, ed anche in Italia, correntemente (ma non per il MDB!?). Questa argomentazione non tiene: infatti, quando la sperimentazione del MDB è stata pubblicata sul British Medical Journal, l'editorialista Marcus Muller (fatto del tutto inusuale) ha criticato aspramente la progettazione dello studio, sostenendo che «*Gli autori (della sperimentazione) affermano anche che non avrebbero potuto condurre uno studio clinico randomizzato per ragioni etiche, ma queste ragioni non sono chiare. In realtà, c'è chi può sostenere che proprio il livello inferiore di progettazione dello studio è anti-etico*». Ed a proposito della mancanza del gruppo di controllo, ecco cosa afferma in una lettera al B. M. J. il ricercatore Rey M. D.: «*Con cosa è stata comparata la terapia Di Bella? Con nulla! Sarebbe stato molto più utile fare un paragone fra la terapia Di Bella e la terapia convenzionale*». Come si vede, la progettazione della sperimentazione è stata considerata di basso livello, in quanto manca delle 2 caratteristiche fondamentali che danno evidenza scientifica ad uno studio, e cioè la randomizzazione ed il gruppo di controllo. La giustificazione che dà l'I. S. S., ancora una volta non tiene: la responsabilità della situazione di tensione che si era creata in Italia nel 1998, stava proprio nell'atteggiamento di totale chiusura della medicina convenzionale italiana, verso il MDB. Se il ministero avesse avuto (com'era doveroso) un atteggiamento di maggiore apertura verso un metodo che rappresenta l'espressione clinica e la sintesi di alcune branche della ricerca contemporanea, la *tensione* non si sarebbe originata. In base a queste premesse, come si colloca la classificazione del National Cancer Institute? Questa classificazione ha il pregio di chiarire il livello di affidabilità scientifica, di evidenza, degli studi di oncologia. Il livello di evidenza serve a dirigere le decisioni cliniche: studi con basso livello di evidenza non possono offrire decisioni cliniche sicure o definitive. Gli studi sono valutati in base:

1) All'evidenza derivante dalla progettazione dello studio.

2) All'evidenza derivante dagli obiettivi dello studio.

Evidenza della progettazione

Gli studi che offrono maggior evidenza sono quelli randomizzati e che presentano un gruppo di controllo. Perché questi due fattori sono fondamentali? La randomizzazione assicura che «*il giudizio personale ed i pregiudizi degli sperimentatori non influenzino la collocazione degli individui*». Se c'era uno studio clinico in cui la randomizzazione non poteva essere in nessun caso evitata, era proprio la sperimentazione del MDB; i pregiudizi e le valutazioni negative sul Metodo Di Bella sono stati frequenti fra chi conduceva la sperimentazione, ben prima che la sperimentazione fosse avviata. Bene, proprio in questa situazione non è stata fatta (sic!!!). Il gruppo di controllo permette di valutare l'efficacia di

un trattamento. Tale valutazione deve necessariamente essere confrontata, controllata, con un gruppo di riferimento che segua una terapia nota (nel nostro caso, la terapia oncologica convenzionale). Senza gruppo di controllo, non è tecnicamente possibile affermare che «*il MDB non è efficace*», lasciando intendere che la terapia convenzionale è, invece, efficace. Cosa avrebbe fatto la terapia convenzionale nello stesso tipo di tumori e nello stesso stadio? Questo non si può sapere dalla sperimentazione, mancando un gruppo di controllo. A questo proposito, l'I. S. S. non può pretendere che potevano essere selezionati per la sperimentazione solo pazienti resistenti a tutte le terapie convenzionali, per ragioni etiche. Come affermato più sopra, vi erano già (nel 1998) sufficienti prove scientifiche sui farmaci usati nell'MDB per testarli realmente, e cioè in pazienti, in condizioni iniziali.

Evidenza degli obiettivi

Gli studi che danno maggiore evidenza sono quelli in cui l'obiettivo è rappresentato dalla valutazione della «*overall survival from a defined point in time*», cioè dalla sopravvivenza dei pazienti partendo da una data definita, l'obiettivo della riduzione della massa tumorale è classificato dal N. C. I. come uno degli «*indirect surrogates*», «*surrogati indiretti*», dell'obiettivo principale (la sopravvivenza). Molto interessante è la motivazione per cui, il N. C. I. considera la valutazione della massa tumorale (vista invece dall'I. S. S. per la sperimentazione MDB come obiettivo principale) un «*in direct surrogate*», perché «*è un obiettivo soggetto alle interpretazioni degli sperimentatori*» (non è quindi un parametro oggettivo, come invece l'Istituto Superiore di Sanità ha sempre ripetuto). Inoltre, concetto ancora più rilevante, «*questi obiettivi non producono automaticamente un beneficio diretto sul paziente, come la sopravvivenza o la qualità della vita*».

Come si può notare, il N. C. I. ritiene fondamentali come obiettivi di uno studio, la sopravvivenza e la qualità della vita dei pazienti, cioè proprio quegli obiettivi che l'I. S. S. ha scelto di ritenere secondari, in quanto «*non oggettivi e non scientifici*». Ora, in base a questa classificazione, dove si colloca la sperimentazione eseguita sul MDB (come qualsiasi altro studio eseguito con la stessa metodologia)? La classificazione del N. C. I. non lascia spazio a dubbi; si tratta di: «*A phase II trial of selected patients with response rate as the outcome*», «*uno studio di fase II di pazienti selezionati che ha come obiettivo la risposta obiettiva sulla massa tumorale*». Nella sperimentazione sul MDB, infatti, i pazienti non sono stati randomizzati, sono stati appunto selezionati, e l'obiettivo dello studio (come è stato più volte sottolineato dall'I. S. S.) era appunto la risposta obiettiva (cioè la riduzione della massa tumorale misurata strumentalmente). Bene, questo tipo di studio è classificato come 3III DIII, cioè come lo studio che offre il più basso livello di evidenza scientifica nella classificazione del N. C. I.!!! E se uno studio offre un basso livello di evidenza scientifica,

come necessaria conseguenza, le conclusioni che offre (qualsiasi esse siano) non possono essere prese come definitive: danno appunto una bassa «*evidence*». Oltre a ciò, la sperimentazione del MDB è stata condotta in modo tale, da vanificare ogni livello di evidenza.

Le anomalie che hanno invalidato la sperimentazione sono:

1) I criteri di arruolamento furono assolutamente antitetici ai postulati basilari del MDB. Il fatto è chiaramente riscontrabile dall'esame dei verbali delle sedute in commissione oncologica, in cui il professor Di Bella ribadì in forma evidente e inequivocabile l'assoluta incompatibilità del MDB con la chemio, per il suo effetto deleterio, che rappresenta una netta controindicazione per i danni spesso irreversibili che causa a quel terreno biologico su deve agire il MDB. Nonostante ciò furono arruolati nella quasi totalità pazienti terminali, con aspettativa di vita fra 11 giorni e tre mesi, chemio-radiotrattati e non più responsivi a questi trattamenti. Ciò emerge chiaramente dal Verbale del ministero della Sanità (www.metododibella.org) numero 1 Roma, 14 gennaio 1998: «*Il giorno 14 gennaio alla ore 12,00 presso la sede di Lungotevere Ripa, 1 del ministero della Sanità, si riunisce la Commissione Oncologica Nazionale (...). Il professor Di Bella esprime serie perplessità nei confronti della chemioterapia, ritenendola alla base di numerosi insuccessi terapeutici (...). A suo parere la non responsività al proprio protocollo dipende dai trattamenti terapeutici precedentemente messi in atto e dalle condizioni generali dei pazienti spesso mal curati, ribadendo ancora una volta l'effetto deleterio della chemioterapia*».

2) La somministrazione del composto dei retinoidi inquinato da acetone fino a 850 milligrammi per litro (ammesso dallo stesso ministero); la tossicità e l'effetto cancerogeno dell'acetone, smentendo le affermazioni ministeriali di assenza di tossicità dei retinoidi erogati in sperimentazione sono documentate dal lavoro di Wysocki CJ e AA VV., *Acetone odor and irritation thresholds obtained from acetone-exposed factory workers and from control (occupationally unexposed) subjects*.

«*Search for 'acetone cancerogenic' Author IBA Source Crisp Data Base National Institutes Of Health Abstract 'Cytochromes P450' (...) determinants of the biological effects of chemicals*»;

traduzione: «*L'acetone induce il tipo 2E1 del citocromo P450 (CYP2E1)... molto attivo nel trasformare biologicamente le sostanze pro-carcinogene in sostanze che iniziano il processo canceroso*». In www.metododibella.org si trova una serie di altre pubblicazioni relative.

Inoltre il professor Di Bella aveva chiaramente esposto la tecnica necessaria per eliminare ogni traccia di solvente (acetone) nel composto di retinoidi, e spiegato attraverso quali meccanismi chimici e di biologia molecolare, l'acetone annulla i meccanismi d'azione antitumorali dei retinoidi.

3) La somministrazione di farmaci scaduti a 1.048 ammalati, come dall'allegato verbale dei NAS:

Comando Carabinieri per la Sanità N.A.S. di Firenze cap 50144 Viale Belfiore, 45/47
numero 6356/7-10 P di Protocollo

Oggetto: Indagine relativa al multitrattamento *Di Bella*

Alla Procura della Repubblica

presso la Pretura circondariale di Milano - Trento - Padova - Pordenone - Genova - Aosta -
Torino -

Forlì - Lucca - Arezzo - Livorno - Pistoia - Grosseto - Roma - Chieti - Cagliari - Nuoro -
Ancona -

Campobasso - Napoli - Salerno - Avellino - Caserta - Benevento - Potenza.

e, per conoscenza:

Presso la Pretura circondariale di Firenze

Il Personale di questo Nucleo, nel corso degli accertamenti svolti sulla multiterapia *Di Bella*,

veniva in possesso di una corrispondenza tra l'Istituto Superiore di Sanità e il Complesso Ospedaliero - San Giovanni Addolorata di Roma, con la quale quest'ultimo presidio chiedeva informazioni sulla validità delle preparazioni contenenti retinoidi e melatonina, preparate dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze ed impiegate nella sperimentazione *MDB* (Metodo Di Bella).

A tale quesito, in data 7 ottobre 1998, l'Istituto Superiore di Sanità rispondeva con nota numero 36467/chf.22 facendo presente che dagli studi intrapresi sulla stabilità della «*soluzione ai retinoidi*» è risultato che campioni integri, conservati nelle condizioni specificate in etichetta, non presentavano apprezzabile degradazione dei componenti per

un periodo di tre mesi. Dall'accertamento eseguito invece su analoghi campioni, ma aperti e richiusi più volte ad intervalli di tempo stabiliti, non presentavano degradazione significativa dei componenti per un periodo di venti giorni, (tempo necessario per il consumo dell'intero contenuto del flacone). E' evidente che il termine massimo, rispettivamente di tre mesi per i flaconi integri e venti giorni, per quelli aperti e richiusi, è riconducibile alla validità accertata delle «*soluzioni ai retinoidi*», preparata e dispensata, poiché tali confezioni, in origine, noi, indicavano e non indicano sia il periodo entro il quale lo sciroppo doveva e deve essere somministrato, sia le avvertenze per il paziente (quale consumatore) circa l'efficacia del farmaco assunto, in relazione al numero di volte in cui il paziente o chi per lui proceda o abbia proceduto all'apertura e chiusura del flacone. Alla luce di quanto sopra ed apparendo sempre più forte il sospetto che «*tale fenomeno*» si fosse manifestato nei numerosi centri individuati per la sperimentazione del MDB su tutto il territorio nazionale, in data 30 novembre 1998 i sottoscritti si recavano presso lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze ed avuta la presenza del vice direttore di stabilimento, dottor Lalli, in assenza del Colonnello Muzzi, ottenevano un elenco dettagliato relativo alle spedizioni delle soluzioni ai retinoidi, contenente anche i dati riferiti al numero di lotto, all'esatta data di preparazione (comprensiva del giorno), aggiornato al 30 novembre 1998. Questo si rendeva indispensabile per poter meglio riscontrare i dati di preparazione, spedizione ed inizio utilizzo delle soluzioni ai retinoidi. Dall'attento esame degli elenchi è emerso un dato preoccupante se non addirittura sconcertante. 1.048 flaconi di «*soluzioni ai retinoidi*», sono stati distribuiti dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze a 28 centri dei 60 della *Sperimentazione MDB*, oltre il termine massimo di tre mesi, come stabilito dall'Istituto Superiore di Sanità. Ciò verosimilmente comporta che 1.048 pazienti abbiano assunto, per un periodo oscillante tra i venti e trenta giorni (tale periodo varia dalla prescrizione medica in relazione alla patologia), un farmaco potenzialmente imperfetto e non più possedente le caratteristiche terapeutiche iniziali, senza escludere che la degradazione e scomposizione dei principi attivi, possa produrre effetti collaterali gravi specialmente in soggetti sofferenti patologie neoplastiche. Ne consegue, quindi che i risultati ottenuti dalla sperimentazione siano sicuramente inattendibili e che la stessa sperimentazione debba essere quantomeno rivista seguendo un'ottica che tenga conto di tali nuove e significative risultanze. (tale aspetto sarà riferito in termini e modalità opportuni agli organi competenti del ministero della Sanità). La presente informativa si rende doverosa poiché non si esclude l'eventualità che qualche paziente o suo familiare, abbia presentato ovvero possa presentare denuncia in relazione ai potenziali effetti collaterali scaturiti dall'assunzione della «*soluzione ai retinoidi*», avendo riguardo al fatto che prima della data del 7 ottobre 1998, l'Istituto Superiore di Sanità non si era ancora espresso sulla validità della citata preparazione e che,

oltre al succitato Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze, la tardiva distribuzione dei farmaci in argomento potrebbe essere stata eseguita dai servizi farmaceutici dei vari centri.

... Annotazione a cura dei Marescialli Ciro Spiniello e Antonio Barrasso. Il Maresciallo Aiutante s. UPS Comandante del Nucleo Santino Muscolino.

Quanto alla scadenza della soluzione ai retinoidi, il ministro pro tempore della Salute, professor Veronesi in risposta alle numerose interrogazioni parlamentari sul tema rispose:

A) *«Per acquisire le informazioni necessarie a stabilire la durata della validità dei galenici sarebbe occorso almeno un anno, e all'epoca appariva del tutto impensabile dilazionare l'inizio dello studio»* (per quale motivo?).

B) *«La formulazione, la preparazione di tali prodotti sono state frutto delle indicazioni fornite dal professor Di Bella (in www.metododibella.org è dimostrato il contrario... il processo di eliminazione del solvente è stato effettuato seguendo la procedura indicata dal professor Di Bella..., il solvente (acetone) non può mai essere completamente eliminato»* (in www.metododibella.org è dimostrato il contrario)...

Queste dichiarazioni, come quelle relative a mancate istruzioni in merito da parte del professor Di Bella, contrastano con le dettagliate istruzioni date dal professor Di Bella nella sedute al ministero riportate nel verbale del ministero della Sanità del 14 gennaio 1998, (www.metododibella.org).

A Torino il Procuratore Guariniello indagò sin dall'inizio della sperimentazione, acquisendo un'ampia documentazione e convocando nel corso delle indagini il sottoscritto (in quanto delegato da mio padre a seguire la sperimentazione) e mio padre. Qualche tempo dopo la fine della sperimentazione, inviò ai responsabili della sperimentazione l'avviso di conclusione delle indagini. Dopo alcuni giorni il magistrato rilasciò dichiarazioni alla stampa in cui lamentava il fatto che l'inchiesta fosse stata trasferita ad altra procura. Molte interrogazioni parlamentari hanno stigmatizzato *«l'improvvisa sottrazione d'indagine al Procuratore Guariniello con un tempismo fortemente sospetto»* allorché dirigenti dell'I. S. S., tra cui Donato Greco e Roberto Raschetti, responsabili della *Sperimentazione MDB*, ricevettero dal Procuratore Guariniello l'avviso di chiusura indagini, in pratica un preannuncio di rinvio a giudizio *«che non avvenne solo per il tempestivo dirottamento dell'inchiesta a Firenze»*. L'ipotesi di reato fu la

somministrazione di farmaci guasti o imperfetti, emersa dall'intervista rilasciata dal procuratore Guariniello a Repubblica il 7 settembre 2000, per cui l'articolo 443 del Codice Penale prevede 3 anni di reclusione. *«La decisione del Pg. della Cassazione Nino Abbate che trasferì l'inchiesta da Guariniello, a Firenze, fu da questi contestata in base all'articolo 443 che non punisce la produzione o la detenzione di farmaci, ma l'erogazione avvenuta appunto a Torino, nell'ambito della Sua competenza».* Le dichiarazioni riportate da Repubblica: *«Guariniello accusa 'farmaci scaduti e dosi sballate' Così hanno truffato Di Bella»* si commentano da sole.

4) Somministrazione di farmaci «guasti e imperfetti»

Dall'articolo di Marco Travaglio *«Torino, la sperimentazione della cura Di Bella sarebbe viziata da gravi irregolarità. Peggio: alcuni dei 386 malati di cancro che provarono la 'multiterapia' (MDB) del medico modenese sarebbero stati usati come cavie, trattati con farmaci 'guasti e imperfetti', non si sa con quali effetti sulla salute. E l'Istituto Superiore di Sanità, pur sapendolo, non avrebbe avvertito 50 dei 51 ospedali d'Italia che sperimentavano i protocolli. Sono queste le conclusioni della lunga e minuziosa indagine aperta due anni fa dal procuratore aggiunto di Torino Raffaele Guariniello, in seguito ad alcune denunce, sulla sperimentazione nei 4 'centri di riferimento' di Torino (Molinette, San Giovanni antica sede, Mauriziano e Sant'Anna) e nei 4 della provincia (gli ospedali di Chivasso, Orbassano, Chieri e Ciriè). Un'indagine che non entra nel merito dell'efficacia o meno della cura, ma si limita ad analizzare la regolarità della sperimentazione. Quattro gli accusati, tutti dirigenti dell'Istituto Superiore di Sanità (I. S. S.): Roberto Raschetti e Donato Greco, coordinatori della sperimentazione del 1998, Stefania Spila Alegiani, responsabile dei preparati galenici, ed Elena Ciranni, che curava i rapporti con i vari centri clinici. Grave l'ipotesi di reato: 'Somministrazione di medicinali guasti o imperfetti' (punibile, secondo l'articolo 443 del codice penale, con la reclusione fino a 3 anni). Il direttore Giuseppe Benagiano, a suo tempo indagato, è stato poi archiviato. Nessuna responsabilità per l'ex ministro della Sanità Rosi Bindi, sentita come testimone in gran segreto, a Roma, all'inizio dell'anno. I 4 indagati hanno ricevuto l'«avviso di chiusura indagini». Una sorta di preannuncio di rinvio a giudizio, che poi però non è arrivato: grazie alla legge Carotti, i difensori hanno chiesto e ottenuto dal PG della Cassazione Nino Abbate il trasferimento dell'inchiesta a Firenze. Con la curiosa motivazione che i farmaci 'incriminati' li produce l'Istituto Farmacologico Militare fiorentino. Inutile opposizione di Guariniello il quale, sentenze della Cassazione alla mano, ha ribattuto che il 443 non punisce la produzione o la detenzione, ma la somministrazione di farmaci guasti (avvenuta, appunto, a Torino). Spetterà dunque alla*

procura di Firenze - che l'anno scorso aveva già archiviato un'altra inchiesta sui protocolli Di Bella - trarre le conclusioni: rinviare a giudizio o chiedere l'archiviazione. Tutto dipenderà dall'interpretazione delle irregolarità emerse a Torino: errori in buona fede o condotte dolose? Per Guariniello, la prova del dolo sarebbe in una lettera inviata nel '98 a un ospedale romano, che chiedeva lumi sulla conservazione e la composizione delle 'soluzioni ai retinoidi' previste per i protocolli 1 e 9. Nella lettera i dirigenti dell'Iss precisavano che quelle sostanze hanno una 'validità' di soli 3 mesi, dopo di che 'scadono' e vanno buttate. Peccato che la stessa direttiva non sia stata diramata agli altri 50 ospedali che sperimentavano la cura. E che infatti continuarono, ignari di tutto, a somministrare quelle soluzioni ampiamente scadute (addirittura vecchie di 4, 5, 9 mesi) e 'deteriorate'. Non solo: un gravissimo errore tecnico avrebbe dimezzato il quantitativo di un componente, un principio attivo, fondamentale per l'efficacia di quelle soluzioni: l'axeroftolo palmitato'. In pratica, per i due protocolli, quella sperimentata non era la multiterapia Di Bella, ma una 'variazione sul tema' non dichiarata. Così com'era emerso nel '98 per altri due protocolli, frettolosamente ritirati dopo che Guariniello vi aveva scoperto alcune sostanze mancanti e alcune altre (come il tamoxifene del professor Umberto Veronesi) aggiunte da una mano misteriosa. Ma quel capitolo è ancora aperto. A Torino».

5) Somministrazione di solo quattro dei sette farmaci, del MDB e di nessuno di quelli di modulazione. I farmaci componenti del MDB da inserire in sperimentazione, furono prescritti in una ricetta autografa appositamente rilasciata da professor Di Bella al ministero. Furono somministrati solo quattro dei sette farmaci essenziali del modulo fisso del MDB, (mancavano la ciclofosfamide, il didrotachisterolo, l'acido ascorbico), e non vi era nessun componente del modulo variabile. Il verbale della riunione del 5 maggio 1998 tra sperimentatori I. S. S., professor Di Bella e collaboratori a Modena, relativo a questa inammissibile carenza (mancata somministrazione per tre mesi in pazienti arruolati con aspettativa di vita tra 11 giorni e tre mesi) è reperibile per esteso in <http://www.metododibella.org/>. La gravità del danno della mancata somministrazione di componenti essenziali del MDB, non era unicamente limitata alla mancanza del singolo, specifico, effetto antitumorale di ogni farmaco, ma aggravata dall'inattivazione del meccanismo fondamentale del MDB: l'effetto sinergico, l'interazione, il reciproco potenziamento dei suoi componenti.

6) Gli sperimentatori non conoscevano il metodo che dovevano sperimentare. La somministrazione incompleta da parte degli sperimentatori, dimostra che non avevano minimamente studiato, conosciuto e compreso quel metodo che avevano pubblicamente

disprezzato e criticato. Per ovvie regole internazionali i responsabili di una sperimentazione sono tenuti a conoscere il metodo che sperimentano.

7) Palese conflitto d'interesse ideologico. Molti sperimentatori avevano ripetutamente e pubblicamente espresso giudizi negativi sul professor Di Bella. Ogni sperimentatore è ovviamente tenuto alla massima imparzialità e riservatezza. Al contrario molti si espressero criticamente e pubblicamente, in qualche caso fino all'offesa nei confronti del professor Di Bella e del metodo che dovevano sperimentare.

8) I criteri di scelta della progettazione e degli obiettivi furono di livello infimo, secondo i criteri di valutazione dell'evidenza scientifica delle sperimentazioni cliniche oncologiche del National Cancer Institute. Pertanto furono assolutamente non idonei a dare indicazioni cliniche e scientifiche.

9) Sono stati totalmente errati i criteri di valutazione del metodo. Secondo i parametri della letteratura internazionale, codificati dal British Medical Journal, a una terapia biologica come il MDB hanno applicato i parametri di valutazione di terapie citolitiche come la chemio. La valutazione dell'efficacia di una cura biologica, ad esempio di una terapia antiangiogenetica, è totalmente difforme da quella idonea a studiare l'efficacia di una terapia citolitica, come la chemio. Nella sperimentazione del MDB non si tenne minimamente conto di ciò e si pretese di applicare al MDB i criteri valutativi chemioterapici come si evidenziato dall'articolo di Hayes A. J., Li L.Y., Lippman M. E., *Antivascular therapy: a new approach to cancer treatment*, BMJ 1999; 318: 853-6 traduzione: «*I farmaci inibitori della crescita (come il MDB) vanno studiati diversamente dalla chemioterapia...*». Ed inoltre da Danesi R, AA.VV., *Agen.cnr.it Inhibition of experimental angiogenesis by the somatostatin analogue octreotide acetate*, SMS 201-995 Cl, in *Cancer Res* febbraio 1997, 3 2265-72; Robbins R. J. Department of Endocrinology and Metabolism, Camel University Medical College, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY, 10021, USA, *Somatostatin and cancer. Metabolism*, agosto 1996; 45 (8 Suppl 1): 98-100; Reubi J.C.; Horisberger U.; Laissue J. Division of Cell Biology and Experimental Cancer Research, University of Berne, Switzerland, *High density of somatostatin receptors in veins surrounding human cancer tissue: role in tumor-host interaction?*; *Int J Cancer* marzo 1994 1;56 (5): 681-8. Queste pubblicazioni sono, con altre, riportate estesamente e tradotte in <http://www.metododibella.org/>.

10) Il composto dei retinoidi conteneva dosaggi ampiamente inferiori a quelli richiesti e programmati. Come se tutto ciò non fosse stato sufficiente, ennesimo elemento invalidante

la sperimentazione, riscontrato e ammesso dai magistrati inquirenti, le errate e insufficienti concentrazioni di sostanze attive del composto dei retinoidi, come si evidenzia dall'allegato articolo di Repubblica del 13 settembre 2000 di Selvatici e Travaglio: ...«*Due le irregolarità individuate dal PM torinese. Da un lato, gli ospedali che eseguivano la sperimentazione non sarebbero stati avvertiti della deperibilità di un prodotto prescritto da Di Bella, la 'soluzione ai retinoidi', oltre i 3 mesi dalla data di produzione: così diversi pazienti torinesi avrebbero ingerito il farmaco ormai 'scaduto'. Dall'altro lo Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze, incaricato della preparazione dei farmaci, avrebbe utilizzato un tipo di prodotto contenente una dose di 'axeroftolo palmitato' (la vitamina A, componente essenziale della soluzione ai retinoidi) inferiore agli 0.5 grammi prescritti da Di Bella. Sul primo punto, Nannucci osserva che nei protocolli del professore non c'erano prescrizioni sulla stabilità del prodotto e che furono le analisi dell'ISS, a sperimentazione avanzata, a evidenziare un problema di riduzione di efficacia del betacarotene (uno dei componenti). Guariniello invece aveva prodotto una lettera del 15 gennaio 1998, in cui Di Bella raccomandava all'ISS 'la purezza e la stabilità dei preparati labili'. E nella successiva riunione di fine mese, ribadiva: 'Betacarotene e vitamina A non si alterano per qualche mese'. L'ISS - come ha ammesso la Ciranni - aveva accertato fin dall'agosto 1998 che 'dopo tre mesi il prodotto si degrada'. Eppure, fino a dicembre, non ne avvertì gli ospedali, e i malati continuarono ad ingerire sciroppi 'scaduti' anche da 6 mesi. Secondo punto. Nannucci nota che esistono in commercio due forme di axeroftolo palmitato, e che nei protocolli non vi era alcuna indicazione sulla scelta del prodotto da utilizzare. Guariniello, dal canto suo, citava le ricette di Di Bella (datate 15 e 31 gennaio 1998), nonché una lettera della farmacia Ferrari all'ISS (29 gennaio), con la dose di 0.5 grammi. 'Escludiamo - ribatte Giuttadauro - che si volessero distribuire dolosamente medicinali scaduti o diversi da quelli del protocollo'. Ma - fa notare Torino - c'è pure l'ipotesi colposa. L'ultima parola, comunque, spetta al Gip».*

11) Alla maggioranza dei pazienti non è stata somministrata la somatostatina con siringa temporizzata, vanificandone l'effetto e provocando gravi sintomi gastroenterici. Gli sperimentatori nella grande maggioranza dei casi non prevedero l'uso essenziale e irrinunciabile della somministrazione temporizzata (vedi verbale della riunione del 5 maggio 1998 tra sperimentatori, I. S. S., professor Di Bella e collaboratori, in www.metodibella.org), reso necessario dalla brevissima emivita della somatostatina, che oscilla dai pochi minuti del tetradecapeptide (somatostatina a 14 amminoacidi), ai 90 minuti dell'octapeptide (somatostatina a otto amminoacidi). Pertanto l'efficacia del farmaco, veniva praticamente vanificata. L'inattivazione della risposta terapeutica era

aggravata da sintomi gastrointestinali indotti dalla somministrazione rapida e irrazionale della somatostatina e addebitati poi dagli sperimentatori a tossicità del MDB.

12) Contrariamente alla normativa internazionale, gli sperimentatori non hanno dichiarato e firmato l'assenza di conflitto d'interesse finanziario o ideologico. Alla prima riunione all'I. S. S. vidi tra gli sperimentatori chiamati a verificare il MDB, personaggi che si erano pubblicamente espressi sull'informazione radiotelevisiva e giornalistica in termini offensivi, nei confronti del professor Di Bella. Anche diversi dei componenti del gruppo di oncologi stranieri chiamati a giudicare il MDB, avevano pubblicamente dichiarato la loro ostilità al professor Di Bella. E' regola ovvia e conosciuta, che gli sperimentatori siano rigorosamente tenuti alla massima imparzialità e riservatezza, e debbano firmare che il loro giudizio non è inquinato o condizionato da conflitti d'interesse economici o ideologici. Dalle rassegne seguenti appare evidente che i rapporti e i legami finanziari dei ricercatori con le ditte farmaceutiche influenzano quasi sempre il parere da loro espresso; questa influenza appare preoccupante (infatti gli articoli da cui sono state tratte queste conclusioni sono stati pubblicati su due delle più autorevoli riviste scientifiche mediche, cioè il New England Journal of Medicine e JAMA, in <http://www.metododibella.org/>). Appare quindi indispensabile che la comunità scientifica ed il pubblico, per valutare correttamente le conclusioni di un articolo scientifico, sappiano se l'autore o gli autori hanno legami economici «*I conflitti di interessi economici alterano nel 90% dei casi i risultati degli studi scientifici condotti da ricercatori non-indipendenti*», luglio, London, (Reuters) «*The results of medical studies... Hurst Hannum, a professor at Tufts University in Massachusetts, said in report in the...*». Traduzione dell'articolo: luglio, Londra, Reuters. «*Gli esperti hanno affermato che è probabile che i risultati degli studi scientifici in medicina siano inquinati o travisati se gli stessi studi sono stati finanziati dalle industrie ed i ricercatori hanno conflitti di interesse*». Numerosi articoli di autorevoli riviste sono riportati e tradotti per esteso in <http://www.metododibella.org/>.

13) La letteratura scientifica smentisce la sperimentazione MDB. Elemento finale, che rappresenta la definitiva delegittimazione della sperimentazione, è costituito dalle conclusioni, assolutamente antitetiche, ampie e crescenti della letteratura mondiale, di convegni e congressi, circa l'effetto antitumorale di quegli stessi principi attivi, componenti del MDB, quali somatostatina, retinoidi, vitamina D, Melatonina, etc. di cui la sperimentazione ha negato l'efficacia. E' facile per chiunque verificarlo sul sito della NLM (National Library of Medicine) <http://www.pubmed.gov>.

L'esposizione delle gravi anomalie relative all'impostazione, conduzione e conclusione della sperimentazione, evidenzia una realtà che la grande maggioranza della pubblica

opinione in Italia ha intuito, come confermato da vari sondaggi d'opinione e cioè che l'esito di questa sperimentazione era palesemente preconfezionato e obbligato. Con l'espedito di una sperimentazione così programmata e condotta, si è elusa la richiesta pressante dell'opinione pubblica italiana di conoscere la reale efficacia del MDB.

Si può definire suo padre un perseguitato? E se sì perché?

Nella citata e censurata biografia mio fratello ha documentato come tutta la sua carriera universitaria e le sue ricerche scientifiche furono costantemente ostacolate con ogni mezzo. L'incarico di insegnamento gli era rinnovato annualmente con il ricatto di non rinnovarlo se avesse pubblicato i risultati delle ricerche che peraltro gli erano precluse nell'Istituto di Fisiologia. Doveva condurle a sue spese nel laboratorio che si era attrezzato. L'ostilità si accrebbe nel 1973 quando, invitato dal professor Campanacci, ordinario di Clinica Medica, noto ed eminente clinico, tenne una relazione alla Società Medico Chirurgica di Bologna sulle nuove prospettive terapeutiche aperte dalle sue ricerche nelle emopatie. Dovette ricorrere alle vie legali per farsi rinnovare l'incarico, la facoltà lo convocò e riservatamente gli fecero capire con estrema chiarezza che il rinnovo dell'incarico era condizionato al silenzio, non doveva pubblicare, soprattutto non doveva invadere il campo dell'ematologia e dell'oncologia.

Lei, dottor Giuseppe, ha raccolto l'eredità spirituale e professionale di suo padre. Quali sono stati i suoi studi?

Riporto i miei studi e pubblicazioni e i lavori scientifici e congressi per diffondere il MDB:

Laurea in medicina presso l'Università di Modena il 23 luglio 1965 con 110 e lode.

Abilitazione presso la stessa università nel marzo 1966.

Assistente volontario presso la clinica ORL dell'Università di Modena dal novembre 1965 al gennaio del 1970. Nel febbraio 1968 titolare di borsa di studio di addestramento didattico e scientifico presso la stessa clinica.

Diploma di specializzazione in ORL nel luglio 1968 presso l'Università di Bologna con 70/70.

Dal marzo 1967 iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi.

Dal febbraio 1970 assistente incaricato presso la divisione ORL dell'ospedale Maggiore di Bologna.

Idoneità nazionale ad aiuto ORL nel 1971.

Nel dicembre 1972 diploma di specializzazione in stomatologia presso l'Università di Modena.

Idoneità nazionale in chirurgia maxillofaciale nel 1972.

Nel 1975 assistente di ruolo presso la divisione ORL dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

Idoneità nazionale a Primario di chirurgia maxillofaciale e Primario ORL nel 1975.

Dal 1975 al 1984 dirigente responsabile del servizio ORL presso l'ospedale di Budrio-Bologna.

Dal 1984 attività libero professionale.

Dal 1968 a oggi circa 20.000 interventi in anestesia generale nell'ambito della specialità ORL.

Dal 1973 ha collaborato col padre professor Luigi per il riconoscimento e diffusione del MDB,

studiando e applicando il MDB aggiornando i dati della letteratura e presentando relazioni congressuali in Italia e all'estero sul MDB, pubblicandone le basi scientifiche e i riscontri clinici su riviste internazionali accreditate su <http://www.pubmed.gov/>.

Ho promosso e organizzato **congressi** sul MDB e presentato **relazioni** in Italia e all'estero sul Metodo:

- 1° Congresso Nazionale sul Metodo Di Bella, svoltosi a Bologna il 8 e 9 Maggio 2004, *Bioterapia oncologica*: Tema congressuale: *Inibitori dei fattori di crescita, principi prodifferenzianti e proapoptotici*; presentati 122 casi trattati con MDB.

- 2° Congresso Nazionale sul Metodo Di Bella, svoltosi a Milano il 19 Novembre 2005

Tema congressuale: *"Somatostatina e melatonina in oncoterapia"*; presentati 120 casi trattati con MDB.

- Convegno Tavola Rotonda *La Scienza incontra lo Spirito*, svoltosi a Milano il 28 Ottobre 2006

Presentato il razionale le basi scientifiche e le conferme cliniche del MDB.

- 95° Congresso Nazionale SIO (Società italiana di otorinolaringoiatria) Torino, 2008, Relazione presentata dal dottor Giuseppe Di Bella e pubblicata agli atti. *Target therapy: Risposta alla terapia biologica di 18 carcinomi della testa e del collo...* presentati 18 casi trattati con MDB...

- Congresso del 16 gennaio 2010 presso la Repubblica di San Marino. Tema congressuale: *Terapia biologica delle patologia neoplastiche e degenerative*, Atti pubblicati su www.metododibella.org, presentati 12 casi trattati con MDB.

- 3° Congresso Mondiale di Oncologia di Singapore BIT's 3rd World Cancer Congress (WCC) June 22-25 giugno 2010. Relazione presentata dal dottor Giuseppe Di Bella e pubblicata agli atti del congresso. Titolo: *Biological Oncotherapy According to The Di Bella Method (DBM), With The Synergic Use of Somatostatin and/or Octreotide, Bromocriptin and/or Cabergoline, Melatonin, Retinoids, Vitamins E, D3, and C, Chondroitin Sulfate, Calcium, and Minimal Apoptotic, Non Cytolytic Doses of Cyclophosphamide or Oncocarbide. Rationale of The DBM, and Results of 553 Cases of 29 Different Histotypes.*

- Congresso promosso dall'Accademia delle Scienze RSM sulle medicine convenzionali e complementari 23-24 ottobre 2010. Tema: *Nuove linnee di oncoterapia biologica*, relazione del dottor Giuseppe Di Bella, *Il Metodo Di Bella evidenze scientifiche e conferme cliniche.*

Publicazioni su riviste scientifiche internazionali recensite dalla massima banca dati mondiale Med-Line www.pubmed.gov

- *The Di Bella Method (DBM).*

- Di Bella G., *Neuro Endocrinol Lett.* 2010 Sep 30; 31(suppl1). (Epub ahead of print) PMID: 20881933 (PubMed - as supplied by publisher) Related citations 2. *Complete objective response of neuroblastoma to biological treatment.*

- Di Bella G., Colori B. *Neuro Endocrinol Lett.* 2009; 30 (4): 437-49. PMID: 20010503 (PubMed - indexed for MEDLINE) Related citations
Complete objective response of oesophageal squamocellular carcinoma to biological treatment.

- Di Bella G., Madarena M. *Neuro Endocrinol Lett.* 2009; 30 (3): 312-21. PMID: 19855352 (PubMed - indexed for MEDLINE) Related citations
Complete objective response to biological therapy of plurifocal breast carcinoma.

Di Bella G., *Neuro Endocrinol Lett.* 2008 Dec; 29 (6): 857-66. PMID: 19112416 (PubMed - indexed for MEDLINE) Related citations

Libri pubblicati

- *Trattamento chirurgico delle malformazioni di competenza ORL*, coautore, Pacini Editore, 1971.

- *Cancro siamo sulla strada giusta?*, coautore col padre, professor Luigi Di Bella, Editore Trawel Factory, Roma, 1998.

- *Come prevenire i tumori*, Marconi Editore, Roma, 2001.

- *Il Metodo Di Bella*, Mattioli 1885 SpA Editore, 2005.

- 85 tra pubblicazioni e relazioni a Congressi nazionali e internazionali e conferenze scientifiche.

- Sono Presidente della Fondazione Di Bella per lo studio e il trattamento delle patologie neoplastiche e degenerative, e

- Member of Editorial Board of *Neuroendocrinology Letters*.

- Member of Editorial Board of *Activitas Nervosa Superior Rediviva*.

- Member of Editorial Board of *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*.

Come si è svolta e si svolge la sua carriera lavorativa?

Ho progressivamente ridotto dal 1997 la mia attività specialistica, soprattutto chirurgica, per dedicare sempre più tempo, impegno e risorse allo studio della chimica, biochimica e biologia molecolare, basi del MDB. Dal 2009 ho interrotto completamente l'attività chirurgica, dopo aver fatto circa 20.000 interventi. Continuo le visite ORL, ma ormai l'impegno maggiore è dedicato alle visite oncologiche, alla raccolta elaborazione e pubblicazione dei dati sul MDB e all'aggiornamento e studio della letteratura.

Morto il professor Luigi il Metodo si è fermato o sono in corso processi di ricerca che porteranno ad un ulteriore miglioramento e standardizzazione della cura?

Per oltre quaranta anni ho seguito le ricerche di mio padre, il professor 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. Come tanti tra quelli che lo hanno conosciuto ho avuto sempre netta la percezione che la vastità e la profondità delle sue conoscenze nelle scienze matematiche e nella chimica, farmacia, medicina, biologia, fisica, fossero totalmente al di sopra delle comuni capacità e inarrivabili per chi non fosse dotato d'intelletto e volontà superiori. Ho cercato soprattutto di cogliere il senso autentico, il significato profondo, le possibilità insperate, aperte dalla continua evoluzione delle sue ricerche sperimentali, dell'esperienza terapeutica, dei criteri e strategie d'impiego, della sua mentalità medica, tesa a trasferire nella pratica clinica una mole unica di conoscenze teoriche, sperimentali e di esperienze. 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 professor Di Bella prima fu definito stregone, sciamano, poi contrastato con ogni mezzo, infine, hanno cercato di appropriarsi di quelle scoperte che avevano ridicolizzato e contrastato. Nel volume *Il Metodo Di Bella* che ho scritto per espressa volontà di mio padre, ho raccolto e sintetizzato da conferenze, pubblicazioni, relazioni a congressi, lezioni magistrali del professor Di Bella, quanto si riferisce alla prevenzione dei tumori e terapia delle malattie degenerative e neoplastiche, integrandolo e confermandolo con la rassegna aggiornata delle banche dati medico scientifiche mondiali. Qualche anno prima avevo pubblicato il volume *Come prevenire i tumori* sugli aspetti comportamentali, alimentari, farmacologici della prevenzione, evidenziando come fosse ampiamente confermata e documentata in letteratura non solo l'elevata proprietà di prevenzione dei componenti del MDB, ma anche il loro meccanismo d'azione. 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.

Cosa sono la Longostatina, la Somatostatina, la melatonina e perché questi prodotti, soprattutto il primo, costano al malato migliaia di euro, non essendo mutuabili?

La somatostatina è una molecola del MDB naturale, biologica, non tossica, di 14 aminoacidi, farmaco basilare, in quanto inibendo il GH, (ormone della crescita) essenziale per la crescita tumorale, si oppone alla proliferazione neoplastica. La cura di base con la somatostatina e tutti i componenti del MDB ha un costo di circa 850 € mensili. La Longostatina è un analogo della somatostatina a 8 aminoacidi che nella formulazione a lento rilascio (un'iniezione copre circa 25-30 giorni) da 10 mg costa 800 €, mentre quella da 30 mg 1.700 €. Sarebbe sufficiente, senza alcun carico per lo Stato, consentire agli ammalati di acquistare i prodotti nelle farmacie ospedaliere per abbattere i costi del 50%. Per dare un'idea del livello della speculazione sulla sofferenza e sulla vita, quando nel 1997 fu attuato il blocco del MDB cancellando la somatostatina dalla fascia A

(farmaci erogati dal SSN) e fissandone il prezzo a 516.000 £, dose giornaliera, accertammo che questo dosaggio di somatostatina purissima della migliore qualità era facilmente reperibile presso l'industria chimica al prezzo di 3.500 lire. Senza speculazioni e censure politiche, il MDB sarebbe accessibile a tutti. La Melatonina (MLT) è un neurotrasmettitore prodotto principalmente dall'epifisi, ghiandola del cervello, ma anche in altri distretti organici, dotata di rilevanti, molteplici e documentate proprietà antitumorali,

esaltate, nella formulazione del professor Di Bella, dal legame chimico d'idrogeno con l'Adenosina, e stabilizzata dalla Glicina. Per questo la MLT del MDB è molto diversa dalle altre ed è prodotta in farmacie specializzate attraverso una complessa preparazione che prevede la liofilizzazione e la stabilizzazione con compressatrici ad alta pressione, con successiva blisterizzazione.

A cosa serve il composto di Acido Retinoico, axeroftolo palmitato, betacarotene in alfa tocoferile acetato? E si trova nelle farmacie?

Anche questo componente del MDB è prodotto in farmacie specializzate sotto forma di soluzione, formulazione che consente la massima biodisponibilità, (utilizzo della più alta percentuale del prodotto) in questi rapporti:

Acido Tutto-Trans Retinoico 0,5 gr

Axeroftolo palmitato 0,5 gr

Betacarotene 2 gr

Alfatocoferile acetato 1.000 gr

Si calcola la dose giornaliera in base ai decimali del peso corporeo, per cui un adulto di 70 kg può assumere 7 grammi di Soluzione da 1 a 3 volte al dì a seconda delle necessità. I Retinoidi solubilizzati in vitamina E nella proporzione del professor Di Bella potenziano l'inibizione della crescita tumorale esercitata da MLT e somatostatina, hanno inoltre la capacità di preservare ed esaltare il trofismo, la vitalità e l'efficienza delle cellule sane, nello stesso momento in cui deprimono la progressione, la vitalità e la spiccata attitudine mutagena del fenotipo neoplastico. Cioè inibiscono, oltre alla crescita, il più micidiale meccanismo della cellula tumorale, la mutazione, che consente alle popolazioni neoplastiche di selezionare ad ogni mutazione, i massimi vantaggi e trattenerli, crescendo in aggressività, velocità di proliferazione, produzione di sostanze tossiche, capacità di diffondersi e creare metastasi. Questo meccanismo di inibizione delle mutazioni è definito *differenziante* ed è sinergicamente potenziato dagli altri componenti del MDB, come vitamina D3, MLT, Vit C, Folina, Condroitinsolfato. Il MDB asseconda ed esalta le reazioni vitali e l'omeostasi (meccanismi naturali di difesa ed equilibrio dell'organismo) antitumorale per metterle in condizione di contrapporsi all'insorgenza e progressione neoplastica. Il tumore è deviazione dalla vita normale, per cui occorre riportare le reazioni deviate verso la norma, attraverso il potenziamento di tutti quei mezzi che la Fisiologia

considera essenziali per la vita. Il MDB persegue questo obiettivo attraverso innovative formulazioni e criteri d'impiego della MLT (complessata con Adenosina e Glicina), di retinoidi solubilizzati in Vitamina E, oltre a Vitamine C, D3, e componenti della ECM. Inserendo componenti apolari (non hanno prevalenza di cariche elettriche né positive né negative) come il Betacarotene e la vitamina E tra i fosfolipidi (molecole biologiche basilari dell'involucro delle cellule definito membrana cellulare) di una membrana cellulare, la si stabilizza preservandola da danni ossidativi e dai radicali liberi. Sia nelle situazioni che predispongono al tumore, che nel corso della malattia neoplastica, possono essere sovvertiti struttura e potenziali della membrana cellulare e conseguentemente, l'espressione e le funzionalità recettoriali, (funzioni essenziali della vita cellulare) mediante l'esperazione dei processi ossidativi e il conseguente picco nella produzione di radicali liberi. Le dosi, previste dal MDB, di retinoidi e vitamina E, permettono di conseguire sia un effetto preventivo, che terapeutico, azzerando le possibilità che i radicali liberi possano provocare danni, tra cui le mutazioni che inducono i tumori. Il MDB consegue così l'obiettivo di ottimizzare le reazioni vitali difendendole dall'aggressione neoplastica. I tre retinoidi del MDB, sono i più potenti attivatori, non ormonali, unicamente della crescita ordinata, funzionale e finalizzata all'equilibrio biologico ottimale, mentre allo stesso tempo inibiscono decisamente l'afinalistica e disordinata crescita neoplastica, avviando la cellula tumorale all'apoptosi (invecchiamento fisiologico e morte delle cellule). Le vitamine sono catalizzatori fisiologici fra energia e materia. Ogni cambiamento della materia vivente non può prescindere da un adeguamento dello stato energetico. Solo minime variazioni quantitative di produzione, assorbimento, cioè elaborazione del terreno biologico e del suo corrispettivo energetico, sono compatibili con la vita, e quindi le reazioni devono procedere per passaggi graduali di entità minima materiali-energetiche, reciprocamente compensati nel tempo. Queste reazioni realizzano, con estrema gradualità, la produzione e l'assorbimento di energia e materia con equivalenza materiale/energetica. Questo continuo divenire, per le eccezionali finalità cui tende, deve essere gradualmente modulato e finemente regolato, e nelle sue linee essenziali sarebbe impossibile senza queste vitamine, il cui fine è il condizionamento e la regolazione dell'equilibrio materia/energia su cui poggia la vita. La piena conoscenza delle vitamine equivale alla conoscenza dei più fini equilibri e dei rapporti energia/materia e di tutti i riflessi sull'attività vitale. La conoscenza della composizione chimica, della formazione, della localizzazione all'interno della cellula, del momento del loro intervento, della regolazione e dell'entità della loro attività, consente di cogliere l'essenza della vita fisiologica e di correggere le sue deviazioni patologiche. Perciò, dal suo ruolo originario biochimico-vitale, la vitaminologia è elevata, nel MDB, a quello terapeutico razionale, essenziale, sia nella prevenzione, che nella cura di varie patologie. Pertanto la conoscenza approfondita dei meccanismi regolatori della vita

normale, fisiologica, consente la predisposizione di contromisure efficaci per evitare deviazioni degenerative o neoplastiche. Per comprendere l'enorme valenza dei retinoidi nell'ambito dell'economia biologica, basta considerare che essi forniscono l'alto costo energetico sia della crescita, che dell'ordine fisiologico della crescita stessa, concorrendo all'omeostasi antitumorale. La crescita della sostanza vivente comporta un altissimo dispendio energetico, ma l'ordine fisiologico della crescita comporta un pari, ed ugualmente elevato, fabbisogno di energia.

Come sono associati al Metodo Di Bella prodotti in vendita per altre finalità quali l'Atiten, il Dostinex, il Parlodel, la Vitamina C ed il Calcium?

Per la vitamina D3 (Atiten) il Calcio e la Vitamina C ho illustrato le indicazioni e il meccanismo d'azione sinergico ai retinoidi, mentre la Bromocriptina (Parlodel è il nome commerciale) e la Cabergolina (Dostinex) rappresentano gli antidoti del più potente induttore della crescita neoplastica dopo l'ormone della crescita, la prolattina, **anche se sono autorizzati per altre indicazioni i cui limiti sono scientificamente e clinicamente superati da oltre 20 anni.**

Solo recentemente stanno incominciando a capire e pubblicare (basta consultare le banche dati) quanto il professor Di Bella aveva intuito 40 anni fa relativamente alla necessità di inibire in funzione antitumorale, oltre al GH, anche la prolattina; non solo, recentissime pubblicazioni del 2010-2011 hanno documentato come GH e Prolattina interagiscano attivando la crescita tumorale, e come i rispettivi recettori siano coespressi nelle membrane cellulari e interattivi.

- *Somatostatin and dopamine receptors as targets for medical treatment...* [de Bruin C., Feelders R. A., Lamberts S. W., Hofland L. J.](#) Rev EndocrMetab Disord., giugno 2009;10 (2): 91-102.

- *Somatostatin-dopamine ligands in the treatment of pituitary adenomas,* [Saveanu A., Jaquet P.](#)

Rev Endocr Metab Disord., giugno 2009;10 (2): 83-90. Epub 2008.

- *Differential regulation of human dopamine D2 and somatostatin receptor subtype expression by glucocorticoids in vitro,* [J Mol Endocrinol,](#) gennaio 2009;42 (1): 47-56. Epub 2008.

- *The dopamine-somatostatin chimeric compound BIM-23A760 exerts antiproliferative and cytotoxic effects in human non-functioning pituitary tumors by activating ERK1/2 and p38 pathways*, CancerLett., febbraio 2010 28; 288 (2): 170-6. Epub 19 luglio 2009.

Alcuni giorni fa un notissimo oncologo ironizzava con un paziente sull'impiego degli inibitori della prolattina nel MDB. Ho riportato 3 delle pubblicazioni che con meccanismi matematici di biologia molecolare hanno pienamente e definitivamente certificato non solo il ruolo rilevante della prolattina e del GH nell'induzione e progressione del cancro, ma il potenziamento del blocco della crescita tumorale mediante l'uso sinergico dei rispettivi antitodi: somatostatina e inibitori prolattinici, i cui recettori (punti della cellula su cui agisce una sostanza) sono coespressi (sono a contatto sulla membrana cellulare) e interattivi, (si potenziano vicendevolmente).

Vi siete fatti un'idea sulle cause che portano ad ammalarsi di cancro? C'è sempre stato o è una malattia moderna?

Le cause sono molteplici e interagiscono variamente. Sostanze chimiche contenute nel fumo di sigaretta come il Benzopirene, o solventi, vernici, acetone generosamente distribuito nella sperimentazione MDB, amianto. Ormoni, soprattutto estrogeni, prescritti in funzione anticoncezionale e di terapia sostitutiva post menopausa. Nelle nazioni che hanno sospeso la terapia sostitutiva si è abbattuta decisamente la percentuale di tumori della mammella. Gli anabolizzanti e soprattutto il GH somministrati ampiamente, soprattutto nelle ex Repubbliche Socialiste in occasione delle Olimpiadi, hanno provocato un numero impressionante di decessi di quegli atleti.

Tante altre molecole che per limiti di spazio non posso citare, possono indurre il cancro. Anche radiazioni ionizzanti, come raggi ultravioletti, raggi X, ecc., radioisotopi sono potenziali responsabili dell'insorgenza di neoplasie. Un certo numero di germi tra cui quello della sifilide, della TBC, l'elicobacter, i virus dell'epatite C, e tanti altri possono interferire con le sequenze del DNA e causare mutazioni cancerogene. Queste cause sono però modulate dall'omeostasi immunoneuroendocrina (interazione funzionale dei sistemi immunitario, nervoso ed endocrino), e soprattutto dai meccanismi che regolano la proliferazione e la differenziazione cellulare (centri deputati al controllo della crescita regolare, ordinata funzionale all'economia dell'organismo). Un capitolo a parte di peso rilevante, ma poco conosciuto, sono le sofferenze morali, soprattutto spirituali. Le attuali conoscenze sull'argomento sono fuorvianti, mentre la chiave di lettura è essenzialmente spirituale, cristiana. Il massimo studioso è probabilmente don Paolo Spoladore (1), che ha conoscenze ampie e profonde della vera psicologia scientifica (non delle elucubrazioni

maniacali di degenerati degeneranti oggi esaltate e imposte ma scientificamente demolite) ha unito uno studio appassionato e approfondito della Bibbia, dei Salmi e del Vangelo, che ha letto nei testi originali ancora reperibili, in aramaico, greco antico e latino, lingue che conosce perfettamente. Ne deriva un'unità inscindibile degli aspetti fisici, morali, e soprattutto spirituali della malattia.

E' vero che sconsigliate la biopsia perché la ritenete pericolosa?

Andrebbe sempre preceduta dal MDB e da una fiala intramuscolo di somatostatina ritardo per abbattere decisamente la nota e documentata percentuale di disseminazione di cellule neoplastiche.

E' vero che sconsigliate le operazioni?

Il professor Di Bella non era contrario a priori, ma il suo atteggiamento era impostato alla prudenza, a una riflessione critica sugli effettivi vantaggi di una mentalità eccessivamente interventista soprattutto in certe forme neoplastiche e stadi, per le frequenti recidive e disseminazioni neoplastiche post chirurgiche. Sicuramente riteneva una percentuale di interventi non solo inutili ma dannosi.

Quale è la vostra opinione sulla chemioterapia?

Può dare qualche risultato in alcune leucemie e linfomi perché in queste neoplasie le cellule possono essere meno resistenti e aggressive rispetto a quelle dei tumori solidi. Nella maggior parte dei casi più che di guarigioni si tratta di remissioni, periodi variabili il cui il tumore non si manifesta, seguiti da ricadute. I risultati di effettiva e stabile guarigione sono comunque sicuramente molto più rari di quanto non si lasci intendere alla gente. In tutti i tumori solidi, la chemio in base a dati verificabili e documentati della letteratura scientifica, non ha la benchè minima capacità di eradicare la neoplasia, ma in una certa percentuale, che varia in base alle caratteristiche istologiche, alla stadiazione e localizzazione del tumore, può ottenere solo riduzioni, o remissioni, di durata variabile, penalizzate da tossicità e dall'effetto mutageno che seleziona popolazioni neoplastiche sempre più resistenti in un organismo sempre più debilitato dalla chemio stessa. In molti altri casi la chemio non ottiene neppure questo illusorio e temporaneo effetto palliativo. La risposta al MDB è inversamente proporzionale al numero e intensità dei cicli chemioterapici effettuati, e direttamente proporzionale alla precocità del trattamento.

Dati scientifici sintetici sulla chemio tratti dalla letteratura

Dalla revisione della letteratura, emerge evidente che in tutti i tumori solidi la guarigione degli ammalati oncologici è indissolubilmente unicamente e interamente legata al successo della chirurgia, ma questo dato è totalmente difforme dalle statistiche oncologiche diffuse al pubblico.

Una delle massime riviste scientifiche, *Lancet* ha pubblicato tempo fa uno studio sui tumori broncopolmonari inoperabili dal titolo *Treatment of inoperabile carcinoma of bronchus*, firmato da Laing, Berry, Newman. Un gruppo molto importante di pazienti fu trattato con chemioterapia, un altro gruppo identico di controllo fu stato trattato solo con farmaci palliativi. Questi ultimi pazienti hanno avuto una mediana di sopravvivenza doppia rispetto a quelli che hanno fatto la chemio. Ma il dato non è pubblicizzato.

«Quando organizzano le giornate della vita e queste varie non informano la gente di questi dati, il messaggio al pubblico è molto diverso». «Secondo il più ampio e noto studio clinico (condotto su 220.000 pazienti, per 14 anni, e in tutte le forme più frequenti di tumore) pubblicato da Morgan G. e A. A. 'The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5 year survival in adult malignancies' sulla prestigiosa rivista oncologica 'Clin. Oncol' il 16 dicembre 2004 (8): 549-60: la chemio su 100 ammalati di tumore, consente a due, di sopravvivere 5 anni, e all'1% 10 anni. È bene evidenziare che secondo un criterio internazionalmente condiviso al di sotto del 30% di risultati una cura si ritiene inutile. Per l'entusiasmante risultato di una sopravvivenza del 2,3% a 5 anni, lo Stato spende il 32,37% dell'intera spesa farmaceutica (Rapporto dell'Agenzia Italiana del Farmaco-Registro farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio-Rapporto 2007, pagina 5). Il fatturato annuale in Italia della chemio è di 1.341 milioni di euro su 4.142,6 di spesa complessiva per i farmaci. La chemio rappresenta pertanto il 32,37% della spesa di farmaci, anche se su cento ammalati consente solo al 2,3% di raggiungere i 5 anni; *GacMed Mex*, 1998, marzo-aprile, 134 (2): 145-5, ha accertato che metà dei pazienti, sopravvissuti a cinque anni, nel lungo termine muore per tumore. È documentata anche l'inaccettabile percentuale di mortalità da chemio 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, giugno 77 (12) 281-5] con l'11% di decessi, non causati dal tumore ma unicamente da chemioterapia in alcuni protocolli oncologici».

Tossicità dei chemioterapici

Il dottor Vincenzo Cordiano, noto onco-ematologo all'ospedale di Vicenza e co-autore del libro *La medicina di laboratorio nella pratica medica sulla tossicità della CA*, afferma che

nel Linfoma di Hodgkin «*il tipo di chemioterapia è importante poiché esiste il rischio di leucemia fino a 10 anni nei soggetti trattati con MOPP o protocolli simili contenenti mecloretamina, e di tumori della mammella, del polmone, della tiroide, delle ossa e del colon soprattutto in soggetti che hanno ricevuto anche radioterapia. Circa l'80% di questi tumori compare in zone precedentemente irradiate*». Cita anche uno studio del NCI, secondo cui «*i casi di Linfomi CA-radiotrattati avevano il doppio di probabilità di sviluppare un secondo tumore rispetto alla popolazione generale e il rischio rimaneva significativamente elevato per oltre 25 anni*». Si rileva inoltre «*che negli ammalati di tumore CA-radiotrattati può manifestarsi tossicità cardiaca, miocardite e pericardite, aterosclerosi coronarica precoce, infarto. I casi di Linfoma di Hodgkin possono degenerare nei più aggressivi Linfomi Non Hodgkin*».

Dalle schede tecniche dei farmaci, rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità relativi alla CA riporto i dati di due molecole usate correntemente in CA, per chiarire le **controindicazioni** di questa linea terapeutica:

Antraciclيني: «*Stomatite, alopecia e disturbi gastrointestinali sono comuni ma reversibili. La **cardiomiopatia**, un effetto collaterale caratteristico di questa classe di chemioterapici, può essere acuta (raramente grave) o cronica (mortalità del 50% dei casi). Tutti gli antraciclيني sono potenzialmente mutageni e cancerogeni*».

Procarbazina: «*Cancerogena, mutagena e teratogena (malformazioni embrionali) e il suo impiego è associato a un rischio del 5-10% di leucemia acuta...*».

Merita attenta considerazione anche quanto riportato nel testo del Corso di Oncologia Medica dell'Università di Firenze, coordinato dal professor Roberto Mazzanti. Gli scritti, *Principi di chemioterapia*, sono documenti destinati agli studenti della facoltà di medicina, quindi formano i futuri medici e oncologi. Si legge: «*Un agente antitumorale raramente potrà, da solo, eliminare tutte le cellule cancerose senza dare effetti tossici intollerabili per il paziente. La chemioterapia antitumorale è infatti fortemente limitata dalla sua tossicità*». Nella relazione del corso coordinato dal professor Mazzanti sono elencati **gli effetti tossici dei diversi chemioterapici**:

Agenti alchilanti: «*Interagiscono direttamente con il Dna, (contiene tutti i caratteri genetici) possono provocare dei legami a ponte (cross-link) tra due filamenti del Dna o anche all'interno dello stesso filamento provocando la rottura completa della molecola di Dna oppure un blocco della trascrizione e della duplicazione. Appartengono al gruppo dei farmaci ciclo aspecifici, cioè danneggiano ogni cellula in qualsiasi fase essa si trovi*».

Le conseguenze sono mutazioni di cellule sane in tumorali, e selezione in quelle tumorali di ceppi più resistenti, proliferativi, mobili, aggressivi.

Mostarde azotate: *«La mecloretamina è un derivato di un gas vescicante usato a scopi bellici, il gas iprite. È mielotossica con neutropenia e trombocitopenia (decremento nel sangue dei globuli bianchi e piastrine elementi essenziali per la vita)».*

Ciclofosfamide: *«La ciclofosfamide può provocare cistite emorragica. Molto importante è anche la cardiotossicità che consiste in un infarto miocardico massivo con emorragia interstiziale, edema, versamento pericardico ad insorgenza acuta e decorso sfavorevole».*

Ifosfamide: *«Neurotossicità e danno renale».*

Nitrosuree: *«La tossicità dose-limitante è quella del midollo: è tardiva (dopo 4-6 settimane di terapia) e cumulativa. Molto importante anche la tossicità polmonare, renale ed epatica».*

Procarbazina: *«Il principale impiego è la terapia MOPP nel linfoma di Hodgkin. Numerosi effetti tossici: neurologici, ematologici, gastroenterologici, alopecia, azospermia. È un potente cancerogeno (induce in prevalenza leucemie acute a breve e a lungo termine)».*

Antimetaboliti: *«In questi farmaci il methotrexate, (tra le altre controindicazioni), è mielotossico e provoca gravi danni a livello gastroenterico rendendo necessaria la sospensione della terapia (per) frequenti mucosite, diarrea, sanguinamento fino alla perforazione di visceri. È tossico per fegato e reni».*

E' pertanto nota, chiara, documentata, la totale impotenza dell'oncologia ufficiale o convenzionale, in realtà commerciale, a eradicare qualsiasi tipo di tumore solido, in qualsiasi stadio, e di qualsiasi varietà istologica e immunoistochimica.

Dichiarazioni di oncologi

Un oncologo farebbe la CA a se o familiari? Anche se i media si guardano bene dal divulgarlo - esiste una grande sfiducia tra gli oncologi riguardo la CA. Da indagini e questionari si rileva che, ad esempio, tra gli oncologi americani 3 medici su 4 (il 75%) rifiuterebbero qualsiasi CA, a causa della sua inefficacia e dei suoi effetti devastanti per l'organismo umano.

Dichiarazioni di medici

Allen Levin, MD, UCSF, *The Healing of Cancer*, Marcus Books, 1990, «*La maggior parte dei malati di cancro di questo Paese muore a causa della chemioterapia, la quale non elimina i tumori al seno, al colon o ai polmoni. Tale aspetto è documentato da oltre un decennio, e tuttavia i medici utilizzano ancora la chemioterapia per combattere questi tumori*».

Professor George Mathe, *Scientific Medicine Stymied Medicines Nouvelles*, Parigi, 1989, «*Se contraessi il cancro, non ricorrerei mai ad un certo standard per la cura di tale malattia. I malati di cancro che stanno alla larga da questi centri hanno qualche possibilità di farcela*».

Il dottor Hardin Jones, docente presso l'Università della California, dopo aver analizzato per molti decenni le statistiche relative alla sopravvivenza al cancro, ha tratto la seguente conclusione: «*... quando non vengono curati, i malati non peggiorano, o addirittura migliorano*». Le inquietanti conclusioni del dottor Jones non sono mai state confutate.

Walter Last, *The Ecologist*, volume 28, numero 2, marzo/aprile 1998, «*Molti oncologi raccomandano la chemioterapia praticamente per qualsiasi tipo di tumore, con una fiducia non scoraggiata dagli insuccessi pressoché costanti*».

Albert Braverman, MD, *Medical Oncology in the 90s*, Lancet, 1991, volume 337, pagina 901, «*I nostri regimi più efficaci sono gravidi di rischi, di effetti collaterali e di problemi pratici. Dopo che tutti i pazienti che abbiamo curato ne hanno pagato lo scotto, solo un'esigua percentuale di essi viene ricompensata da un effimero periodo di regressione tumorale, generalmente parziale*».

Edward G. Griffin, *World Without Cancer*, American Media Publications, 1996, «*Non vi è alcuna prova che per la stragrande maggioranza dei casi la chemioterapia prolunghi le aspettative di sopravvivenza. Questa è la grande menzogna su tale terapia, cioè che esista una correlazione fra la riduzione del tumore ed il prolungamento della vita del malato*».

Philip Day, *Cancer: Why We're Still Dying To Know The Truth*, Credence Publications, 2000,

«*Alcuni scienziati di stanza presso il McGill Cancer Center (McGill University, Montreal, Canada) inviarono a 118 medici, esperti di cancro ai polmoni, un questionario per*

determinare quale grado di fiducia essi nutrissero nelle terapie che applicavano. Fu loro chiesto di immaginare di aver contratto essi stessi la malattia e quale delle sei attuali terapie sperimentali avrebbero scelto. Risposero 79 medici, 64 dei quali non avrebbero acconsentito a sottoporsi ad alcun trattamento che contenesse Cisplatino - uno dei comuni farmaci chemioterapici che applicavano - mentre 58 dei 79 reputavano che tutte le terapie sperimentali in questione fossero inaccettabili, a causa dell'inefficacia e dell'elevato grado di tossicità della chemioterapia».

Philip Day, *Cancer: Why We're Still Dying To Know The Truth*, Credence Publications, 2000,

«Il dottor Ulrich Abel, epidemiologo tedesco della Heidelberg/Mannheim Tumor Clinic, ha esaurientemente analizzato e passato in rassegna tutti i principali studi ed esperimenti clinici eseguiti sulla chemioterapia (...). Abel scoprì che il tasso mondiale complessivo di esiti positivi in seguito a chemioterapia era scioccante in quanto, semplicemente, non erano disponibili da nessuna parte riscontri scientifici del fatto che la chemioterapia riesca a 'prolungare in modo apprezzabile la vita dei pazienti affetti dai più comuni tipi di cancro organico'. Abel sottolinea che di rado la chemioterapia riesce a migliorare la qualità della vita, la descrive come uno squallore scientifico e sostiene che almeno l'80% della chemioterapia somministrata nel mondo è priva di qualsiasi valore. Ma, anche se non esiste alcuna prova scientifica che la chemioterapia funzioni, né i medici né i pazienti sono disposti a rinunciarvi».

Lancet, 10 agosto 1991, *«Nessuno fra i principali media ha mai nemmeno citato questo esauritivo studio: Tim O'Shea 'Chemioterapia - an unproven procedure'; esso è stato completamente insabbiato».*

JAMA Journal of the American Medical Association, 15 aprile 1998, *«Secondo le associazioni dei medici, i noti e pericolosi effetti collaterali dei farmaci sono diventati la quarta causa principale di morte dopo infarto, cancro e colpo apoplettico».*

I costi della chemioterapia, radioterapia, anticorpi monoclonali

Il costo medio dei cicli chemioterapici che differiscono sostanzialmente nelle varie composizioni e associazioni di molecole, varia sensibilmente in base ai farmaci. Comunque il costo complessivo per ogni ammalato si aggira su svariate decine di migliaia di euro comprensivo delle varie fasi di trattamento composte in media di sei cicli chemioterapici e/o anticorpi monoclonali, associati o meno a radioterapia. Questi trattamenti possono

precedere e/o seguire gli interventi. L'ingenua convinzione che queste linee di terapia siano gratuite, ignora il dato ovvio che esse gravano sui contribuenti sotto forma di prelievi fiscali. A questi costi esorbitanti si aggiungono gli elevati oneri dell'indotto. Sono frequenti tossicità e depressioni midollari chemio-indotte con grave carenza di globuli rossi, bianchi, piastrine e relativo impiego dei costosi fattori di crescita relativi, trasfusioni; il sovvertimento dell'omeostasi colloidosmotica, elettrolitica, acido-basica, comporta l'impiego di flebo di albumina, aminoacidi, soluzioni elettrolitiche, glucosate, ecc., ecc.. La grave depressione immunitaria, costante nei cicli ad alte dosi, comporta il ricovero in terapia intensiva, camera sterile, con altissimi costi, l'impiego di dosi elevate e prolungate di antibiotici battericidi ad ampio spettro di quantità rilevanti di cortisonici, con ulteriore cedimento delle capacità immunitarie, e conseguente insorgenza di micosi e patologie gastro intestinali. Ciò comporta l'aggiunta di gastroprotettori, antimicotici, antidissenterici. Il solo trapianto di midollo può comportare un onere complessivo di oltre 60-80.000 euro. Anche l'indotto della CA pertanto è a sua volta particolarmente gravoso per il contribuente.

Leggendo tante cartelle di ammalati di cancro ho spesso dovuto riflettere sull'eccezionale capacità dell'organismo umano di non soccombere a un carico inimmaginabile e simultaneo di trattamenti gravemente tossici. Vengono spesso somministrati chemioterapici unitamente ad antibiotici, cortisonici, gastroprotettori, antiemetici, fattori di crescita dei globuli bianchi e/o rossi, antimicotici, antidissenterici, febbrifughi. A questi costi già rilevati vanno aggiunti quelli per *premedicazione e reazioni avverse*.

Sei cicli soltanto di chemioterapia costano per **ogni** paziente una cifra che va da 4.520 euro a 8.420 euro. Nel *Giornale italiano di Farmacia clinica* del 21 febbraio 2007 sono stati pubblicati i costi

(oggi sensibilmente lievitati) dell'uso dei farmaci citotossici nei cicli di chemioterapia.

Valutazione dei costi associati alle terapie *platinum based* e pubblicate nel *Giornale italiano di Farmacia clinica*. Se a questo sommiamo i costi della *somministrazione, premedicazione e reazioni avverse* il totale raggiunge livelli vertiginosi:

1. Costo 6 cicli di chemioterapia (Paclitaxel e Cisplatino) + *somministrazione, premedicazione e reazioni avverse* per 100 pazienti: 452.096,00 euro;
2. Costo 6 cicli di chemioterapia (Vinorelbina e Cisplatino) + *somministrazione, premedicazione e reazioni avverse* per 100 pazienti: 814.366,00 euro;

3. Costo 6 cicli di chemioterapia (Paclitaxel e Carboplatino) + *somministrazione, premedicazione e reazioni avverse* per 100 pazienti: 467.550,00 euro;

4. Costo 6 cicli di chemioterapia (Gemcitabina e Cisplatino) + *somministrazione, premedicazione e reazioni avverse* per 100 pazienti: 703.251,00 euro;

5. Costo 6 cicli di chemioterapia (Docetaxel e Cisplatino) + *somministrazione, premedicazione e reazioni avverse* per 100 pazienti 825.887,00 euro;

6. Costo 6 cicli di chemioterapia (Docetaxel e Carboplatino) + *somministrazione, premedicazione e reazioni avverse* per 100 pazienti: 841.978,00 euro.

Nei malati le varie fasi di cicli di chemio non seguono sempre regole costanti; possono anche essere *protocollate* nelle singole patologie e stadi.

Se la terapia è rivolta a un paziente in fase metastatica per esempio, la durata è variabile, e comunque si sospende di solito dopo l'ottavo ciclo.

La somministrazione comunque si può prolungare e reiterare, difficilmente si limita a 6 cicli.

I nuovi malati di tumore in Italia sono ogni anno circa 270.000.

Costi degli anticorpi monoclonali

Considerando che in Italia ogni anno perdono realmente la vita per tumore circa 300.000 pazienti, nell'ipotesi che il trattamento si limiti a sei cicli l'importo per il contribuente italiano sarebbe di $6.500 \times 200.000 = 1.300.000.000$, equivalenti a circa 2.520 miliardi di lire, cui aggiungere

Costi anticorpi monoclonali

Studio canadese:

Trastuzumab \$ 127 milioni

Bevacizumab \$ 299 milioni

Studio Viennese:

Trastuzumab \$ 40.000 all'anno

Studio giapponese:

Bevacizumab \$ 2.500-3.000 al mese

In Italia:

Trastuzumab 35.000 euro per un anno di terapia

Rituximab 10.546 euro per un anno di terapia

Bevacizumab 1.197 euro, costo aggiuntivo per ogni somministrazione; 1 fiala da 100 mg costa 1.289 euro

Cetuximab 1.000 euro alla settimana; 1 fiala da 100 mg costa 199 euro.

Negli Stati Uniti il guadagno di vendita degli anticorpi monoclonali è passato da \$ 6.4 bilioni nel 2004 a \$ 11.7 bilioni nel 2006. Nel mondo nel 2006 sono stati venduti anticorpi monoclonali per una cifra pari a \$ 20.6 bilioni. Moltiplicando 1,7 milioni di ammalati per il costo di Anticorpi monoclonali, CA, Rx terapia (anche escludendo la chirurgia, i costi di degenza, l'apparato medico e infermieristico), e oltre 270.000 nuovi ammalati l'anno, emerge chiaramente che il cancro è la malattia più ricca, è indubbiamente la maggior fonte di guadagno per le multinazionali, e come sostiene il quotidiano Des Spigel rappresenta il 15% del costo della sanità. L'efficacia temporanea e limitata, l'assenza di effetti risolutivi, l'elevata tossicità, l'induzione di gravi sofferenze e di danni non raramente irreversibili, rendono moralmente inaccettabile, scientificamente irrazionale, clinicamente improponibile, economicamente fallimentare, questa empirica e inumana linea terapeutica. Considerando il fatturato mondiale dell'oncologia, è facilmente comprensibile che questa massa di denaro conferisca ai *poteri forti* che gestiscono questo mercato la possibilità di condizionare i governi, l'informazione, di orientare le scelte terapeutiche e di screditare e censurare linee di ricerca e relativi sviluppi clinici che possano vanificare questi profitti. Il ricercatore indipendente che unisce, alla capacità intellettuale, un grande patrimonio di conoscenze scientifiche e cliniche, e il coraggio di mettere la salute e la sacralità della vita davanti agli interessi economici, viene emarginato dal mondo accademico, contrastato con ogni mezzo, offeso, vilipeso, screditato, censurato. Questa una delle cause delle continue persecuzioni, vessazioni, offese, emarginazione subite dal professor Luigi Di Bella.

Tecniche di controllo del mercato dei farmaci mediante disinformazione e manipolazione statistica

La dottoressa Angell, per 20 anni direttrice della prima rivista scientifica *The New England Journal of Medicine*, ha dato le dimissioni per denunciare l'intollerabile grado di inquinamento della logica esasperata del profitto sul dato clinico e scientifico, inviando un rapporto al Senato americano, riportato sul sito ufficiale <http://www.metododibella.org/>. Un'agenzia della Reuters chiarisce e sintetizza i termini del problema: «*I conflitti di interessi economici alterano nel 90% dei casi i risultati degli studi scientifici condotti da ricercatori non-indipendenti*».

Londra, 31 luglio 2008: «*The results of medical studies... Hurst Hannum, a professor at Tufts University in Massachusetts, said in report in the...*». Traduzione dell'articolo: «*Gli esperti hanno affermato che è probabile che i risultati degli studi scientifici in medicina siano inquinati o travisati se gli stessi studi sono stati finanziati dalle industrie ed i ricercatori hanno conflitti di interesse*».

L'argomento è trattato anche in una lettera aperta che il dottor Giuseppe Parisi, presidente di una delle maggiori associazioni italiane a difesa dei consumatori, l'Aduc, ha pubblicato sul sito della stessa associazione www.aduc.it/dyn/medicare/art/stampa.php?id=132027: «*Ecco che chi ricerca controcorrente, chi mette in discussione le parole d'ordine delle autorità (sanitarie) viene punito severamente. È toccata a tanti (...). Cito il professor Luigi Di Bella finito nell'oblio. Intanto restiamo fermi alle maratone Telethon. E ancora le grandi serate TV, con ospiti che raccontano di guarigioni dai tumori ormai all'87%. Sono barzellette che non racconterebbe nessun comico; loro lo fanno. Usano semplici trucchi, ne cito qualcuno. Se viene ospedalizzato un paziente, ad esempio, con un tumore al seno, fatta la terapia, viene poi dimesso, non la chiamano dimissione, ma guarigione. Se dopo tre mesi ritorna con un tumore al fegato, non verrà ricollegato alla sua situazione precedente. Ma c'è di più: se viene dimesso e poi ritorna per controlli e viene di nuovo dimesso, ad ogni passaggio è un dato positivo. Se si viene dimessi 9 volte e si muore una volta sola, alla fine il risultato sarà del 90% di guarigioni e del 10% di mortalità. C'è ancora di più. Per esempio il tumore al testicolo e il tumore al polmone. Del primo, il meno aggressivo tra tutti i tumori solidi si salvano per la chirurgia più del 90%, del secondo si arriva a fatica al 10%. A 5 anni una media stimata sarebbe del 50%, ma non si dice che quelli del testicolo sono solo 2.000, mentre quelli colpiti dal tumore al polmone sono 40.000. Alcuni anni fa fu fatta una grande scoperta, il nuovo farmaco tamoxifene che sembrava capace di bloccare l'insorgenza di tumore al seno. Ma gli scienziati ammisero che aveva un difetto collaterale: provocava tumore all'utero.*

(oltre a danni epatici trombotici ed embolie soprattutto polmonari che possono essere mortali). Di contro ci sono le statistiche che parlano chiaro: l'aggressività di un tumore recidivante diventa esponenziale dopo la chemioterapia».

Altre interessanti indagini sulle tecniche di controllo del mercato del farmaco da parte delle multinazionali sono stati recentemente pubblicati da [Melody Petersen](#), [Alison Bass](#), [Christopher Lane](#), Gardiner Harris. La professoressa Angell cita il caso del dottor Joseph L. Biederman, professore di psichiatria presso la Harvard Medical School e direttore dell'Istituto di Psicofarmacologia Pediatrica presso il Massachusetts General Hospital di Harvard. A lui si deve in larga misura se a bambini di due anni è stata fatta diagnosi di *disturbo bipolare* e se sono stati trattati con un potente cocktail di farmaci, molti dei quali mai approvati per tale patologia dalla Food and Drug Administration (FDA) e nessuno dei quali autorizzato per minori di dieci anni (...). Gli studi di Biederman, sono stati giudicati dal New York Times *«tanto modesti e così mediocrementemente concepiti da risultare in larga misura inconcludenti»*.

Il senatore Grassley ha accertato che le aziende farmaceutiche hanno pagato 1,6 milioni di dollari a Biederman per consulenze e conferenze tra il 2000 e il 2007. Due suoi colleghi hanno ricevuto somme analoghe. Il senatore Grassley ha anche scoperto che Alan F. Schatzberg, titolare della cattedra di psichiatria del dipartimento di Stanford e presidente eletto della American Psychiatric Association, ha gestito più di 6 milioni di dollari di prodotti nella Corcept Therapeutics, produttrice del *Mifepristone*, farmaco abortivo altrimenti noto come RU-486, da lui impiegato per trattare gli stati depressivi. Allo stesso tempo Schatzberg figura quale principale referente in un *Istituto Nazionale di Salute Mentale*, che sovvenziona la ricerca sul *Mifepristone* per questo impiego, e figura tra gli autori di tre articoli sul tema.

Queste inchieste non hanno accertato solo i gravi aspetti descritti, ma il controllo delle carriere universitarie, delle cattedre, della ricerca, del potere accademico da parte dell'industria farmaceutica, la creazione di *Icone* continuamente riproposte alla pubblica opinione attraverso la stampa, trasmissioni televisive, conferenze. Questi personaggi chiave della strategia delle multinazionali per incrementare il fatturato sono definiti *Key opinion leaders* (KOLs). L'industria farmaceutica procura loro autorità e notorietà indiscusse, li mette a capo di prestigiose e note istituzioni, li rende capaci di influenzare il pubblico, la classe medica e, soprattutto, le scelte di commissioni ministeriali decisive per il mercato dei farmaci. Con analoghi criteri scelgono i politici, preferibilmente mediocri e ricattabili. La strategia commerciale sovrappone i *key opinion leaders* al dato scientifico, da questi personaggi oscurato e sostituito. Per vendere creano sponsor autorevoli, noti,

instancabili e prezzolati imbonitori, sicuramente più pericolosi dei venditori televisivi alla Vanna Marchi, in genere mediocri personalità scientifiche e professionali.

Tra le denunce della Angell «*le bustarelle pagate a nomi eccellenti del mondo accademico per poter mettere i loro nomi sugli articoli (...)*» e per la promozione commerciale di specialità farmaceutiche. Tra le tecniche di mercato la creazione di *bibbie* standard di riferimento per il pronto soccorso, i distretti medici e le strutture mediche di ogni genere ovviamente finalizzate al guadagno delle multinazionali. «*(...) l'intero mondo della medicina è invaso da analoghi conflitti di interesse. In effetti, la maggior parte dei medici prendono soldi o accettano regali, in un modo o nell'altro, dalle case farmaceutiche. Molti di loro sono pagati in veste di consulenti, o come relatori in congressi sponsorizzati dalle case farmaceutiche, o perché si prestano a mettere il loro nome su lavori scritti dai produttori di farmaci o da loro incaricati, o anche in qualità di apparenti 'ricercatori', il cui vero compito spesso consiste semplicemente nell'indirizzare i propri pazienti su un determinato farmaco e nell'informarne la ditta. Sempre più medici beneficiano di pranzi gratuiti e altri di regali veri e propri. Inoltre, le aziende farmaceutiche sovvenzionano i più importanti convegni delle organizzazioni professionali e la maggior parte dei periodici corsi di aggiornamento indispensabili ai medici per mantenere attiva la loro abilitazione all'esercizio della professione. Nessuno conosce esattamente le cifre complessive pagate dalle ditte farmaceutiche ai medici, ma ritengo, sulla base dei bilanci delle nove più importanti aziende farmaceutiche americane, che si tratti di decine di miliardi di dollari l'anno. Con tali strumenti l'industria farmaceutica ha acquisito il controllo totale sulla valutazione e la prescrizione dei propri prodotti da parte dei medici. Tutto ciò asserva i medici, particolarmente i cattedratici di prestigiose scuole mediche, influenza i risultati della ricerca, la pratica medica e persino la definizione di ciò che costituisce una malattia!*

Ragioni del fallimento dell'oncologia medica

La CA nelle modalità e dosaggi effettuati, è antitetica all'applicazione ragionata delle scienze esatte, ai principi basilari della fisiologia umana e della biologia, da cui non può prescindere alcuna terapia. Contraddice i postulati fondamentali di ogni metodo di cura ragionato e razionale, utilizzando per curare il cancro molecole cancerogene, mutagene (inducono mutazioni genetiche, con ulteriore incremento delle probabilità di indurre il cancro).

La medicina ufficiale è in malafede sulla cura del cancro?

Molti oncologi o ematologi sono in perfetta buona fede, in base agli insegnamenti che hanno ricevuto nel corso degli studi universitari e soprattutto della specializzazione, ritengono di operare al meglio, convinti che quella sia l'unica possibilità di cura. Ho potuto però verificare costantemente che la quasi totalità di loro non conosce tutti i componenti del MDB, tanto meno la loro formula chimica, la farmacodinamica e cinetica, il meccanismo d'azione e l'interazione dei componenti del MDB, né la mole impressionante di pubblicazioni scientifiche che ne documentano e confermano pienamente le indicazioni in oncologia. In pratica non conoscono quasi nulla di quel metodo che criticano. I pochi che hanno capito sono prudenti, preferiscono non esporsi.

L'inarrestabile degrado culturale e morale della scuola dalla fine della guerra a oggi, ha creato le premesse di un decadimento progressivo della classe medica. Mancano delle nozioni essenziali di chimica, fisica e matematica, oltre che della chimica biologica, fisiologia, biologia molecolare, per rendersi conto delle reali ragioni del sostanziale fallimento di terapie oncologiche protocollate e comprendere le basi scientifiche e il meccanismo d'azione del MDB. Sono indottrinati da schematismi, condizionati da linee guida standardizzate che fissano per ogni tumore, per metro quadro della superficie corporea del paziente, le varie associazioni di chemioterapici, e un'impressionante quantità di farmaci per cercare di attenuarne i gravi sintomi e i drammatici danni indotti. I più pericolosi e ostili sono i circoli di potere che gravitano nell'ambito medico, sia economici, che politici, universitari e ospedalieri. Questi hanno capito fin troppo chiaramente il pericolo destabilizzante, per le loro posizioni gerarchiche, di prestigio, di credibilità e di fatturati, costituito dal MDB, e conseguentemente prendono ogni misura per censurare e delegittimare il MDB la cui affermazione li coprirebbe d'infamia e di vergogna.

Nell'ambito delle cure cosiddette alternative ce ne è qualcuna che suscita il vostro interesse?

Mio padre rifiutava queste classificazioni insegnando che esiste una sola medicina: quella affrancata da inquinamenti politico-finanziari, in quanto basata unicamente sull'integrazione razionale di tutte le conoscenze mediche definitivamente acquisite, con le evidenze scientifiche.

E' vero che fuori dall'Italia il Metodo Di Bella ha più successo?

L'interesse scientifico per il MDB all'estero è crescente ed evidenziato dall'invito al sottoscritto a presentare relazioni a congressi mondiali di oncologia e a inviare le pubblicazioni, ormai numerose, sul MDB.

Giuseppe Di Bella

Intervista a cura di Fabio de Fina