

# Per Vivere



## EDITORIALE

L'Italia che non si arrende pag. 2

## NUOVE PROSPETTIVE

Chemioterapia: terapia convenzionale perdente pag. 3

## CONTRIBUTI SCIENTIFICI

I e basi scientifiche del MDH pag. 5  
La febbre pag. 6  
Aspettando un altro Nobel pag. 9  
Le reazioni psicologiche alla diagnosi neoplastica pag. 11

## TESTIMONIANZE

La voce dei malati pag. 12

## ASSOCIAZIONI

Trento Dibattito in Consiglio Provinciale pag. 14  
Roma - Il Professor Di Bella in Campidoglio pag. 17  
Modena - I e iniziative pag. 21  
Mantova - I a nascita dell'Associazione pag. 22  
Una sentenza per il diritto alla cura pag. 23  
Firenze L'esperienza di un medico pag. 25  
Vercelli Prevenzione in oncologia pag. 28  
Friuli - Esortazione a sostenere l'Associazione pag. 31

Federazione delle  
Associazioni Nazionali



**Prof. Luigi Di Bella**

Il prof. Luigi Di Bella nasce a Linguaglossa (Catania) il 17 luglio 1912, ultimo di tredici figli. Conseguita la maturità s'iscrive alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e nel 1936 si laurea a Bari con 110/110 e lode. Nello stesso anno consegue l'abilitazione all'esercizio della professione medica presso l'Università di Parma, presso la quale è aiuto incaricato alla Cattedra di Fisiologia Umana per tre anni. Nel 1939 è nominato, a 27 anni, assistente ordinario alla Cattedra di Fisiologia Umana all'Università di Modena. Nel 1943 è incaricato dell'insegnamento di Fisiologia generale per i corsi di Laurea in Scienze Naturali, Scienze Biologiche e Farmacia. Nel 1948 consegue la libera docenza in Fisiologia Umana e Chimica Biologica. Per completare il bagaglio culturale che, a suo giudizio, ogni medico dovrebbe possedere, il prof. Di Bella consegue anche la Laurea in Chimica e, successivamente, in Farmacia. Gli sono riconosciute le seguenti maturità: scientifica e didattica alla Cattedra di Fisiologia Generale e Speciale con elementi di Chimica Biologica; alla Cattedra di Fisiologia Umana. Successivamente è incaricato di Fisiologia Umana fondamentale nella facoltà di Medicina e Chirurgia. È socio della Soc. Medico Chirurgica di Modena, della Società Italiana di Biologia Sperimentale, della Società Italiana di Nutrizione Umana, della Società Italiana di Fisiologia, della European Chemoreception Organisation, dell'European Pineal Study Group, della New York Academy of Sciences.

## L'Italia che non si arrende

**È** l'Italia di chi non vuole e non deve rassegnarsi. È l'Italia rappresentata dalla Federazione delle associazioni, dal Trentino al Lazio, dal Friuli alla Sicilia. Dieci associazioni a sostegno della terapia del Prof. Di Bella. Dieci associazioni: migliaia di malati, famigliari, medici e farmacisti. "La vostra Federazione ha una funzione sociale elevata perché indica come si può passare dalla minaccia della morte alla vita. Voi avete il compito di appianare la strada verso un mezzo di cura che aiuti ad eliminare la sofferenza". Sono parole del Prof. Di Bella rivolte ai rappresentanti delle associazioni presenti a Modena il 24 marzo, con lo scopo di divulgare la rivista attraverso l'esempio, il caso, la persona che convive con la sua malattia, che può testimoniare tutte le peripezie che ha attraversato. Una funzione ostacolata: a volte nella società è proibito far del bene," ha ricordato saggiamente il Professore.

"La Federazione deve avere funzioni di coordinamento, giustificazione, persuasione, dimostrazione, per dire alla gente: non siamo dei visionari o mistificatori". Quante volte abbiamo sentito accuse venirci rivolte da chi osteggia e denigra la verità scientifica, la testimonianza di un malato, l'esperienza di sofferenza tramutata in sollievo grazie ad una cura che continua farsi strada, nonostante bocciature e boicottaggi.

A Trento un giudice ripristina il diritto alla cura che un malato si era visto sottrarre dall'oncologo, come se il suo star bene desse fastidio alla medicina ufficiale. Medici che sostengono di non aver mai conosciuto malati guariti con il MDB. Cosa ci fanno allora dieci associazioni sparse su tutto il territorio: raccolgono iscritti virtuali o semplici pentiti della chemioterapia? Le testimonianze pubblicate su questo numero hanno un valore? Non basta per dire che una cura funziona! Bene, allora la documentazione scientifica allegata e i resoconti clinici dei medici che appaiano su queste pagine, hanno una loro veridicità? Ad un medico un altro medico può credere? O la cieca ottusità o meglio la malafede avrà sempre sopravvento? Ci auguriamo di no. Il nostro compito è proprio questo: rischiando, spendendo molto delle nostre energie, nel tentativo di fare strada ad una libera scelta di cura, di un medico e di una terapia non tossica.

Solo con la diffusione di questa cultura un giorno si avrà il riconoscimento legittimo che spetta a questa terapia. Nel frattempo le testimonianze si moltiplicano, segno che la coscienza dei malati si fa sentire. Non è più il tempo che chi soffre lo deve fare in silenzio ed ubbidire ciecamente al volere del medico, come se egli fosse depositario della vita delle persone.

Concludo citando una frase del Prof. Di Bella che trovo altamente significativa. "Il problema cancro potrà essere soddisfacentemente risolto in massima parte solo razionalizzando tutto, eliminando coraggiosamente le irrazionalità del passato, rivolgendosi ad un futuro in cui l'aspetto cancro per i mezzi trovati e correntemente applicati, diverrà una normale evenienza della futura esistenza".

Roberto Rinaldi

## CHEMIOTERAPIA: TERAPIA CONVENZIONALE PERDENTE

**È** difficile elencare anche per sommi capi gli enormi e vari progressi della diagnostica e terapeutica della medicina in genere, nelle neoplasie in particolare. Correntemente vale il sinonimo di tumore e malattia incurabile, con tutte le eccezioni dell'intimo e lontano significato di questi termini spesso inesatti nella comune accezione di significato. La disparità di vedute comprende tutti gli aspetti di questa branca della medicina, soprattutto se questo riguarda il pullulare frequente di metodi o pseudo metodi con l'etichetta di nuovi orientamenti, esiti miracolosi, dichiarazioni tanto miracolistiche, quanto a volte grossolanamente ingenui. Se il grado di evoluzione mentale e progresso culturale dovesse misurarsi da questo aspetto, bisognerebbe allora giungere a conclusioni sconsolatamente negative. Spesso infatti la diagnosi di tumore maligno allude all'inevitabile conclusione di morte, prossima o lontana, costellata di metodi numerosi, qualificati tuttavia per la loro più o meno percepita inutilità di guarigione. La letteratura ha raggiunto ormai valori apparentemente insuperabili per vastità, ma non per efficacia di trattamento, per cui il problema tipico è sempre vivo e assillante.

Dopo le prime esperienze casuali, comparse con la fine dell'ultimo conflitto, ha preso il sopravvento numerico e culturale la chemioterapia. I farmaci proposti hanno raggiunto livelli numerici inaspettati, in netto contrasto con la efficacia terapeutica. La dinamica della chemioterapia investe tutti gli organi e relative funzioni e ha raggiunto protocolli stereotipati quasi immutabili, obbligatori, convenzionali più che efficaci. E' quasi un obbligo clinico-terapeutico, sociale professionale, trattare con tutti i carismi convenzionali, i tumori maligni senza rilevanti spunti critici.

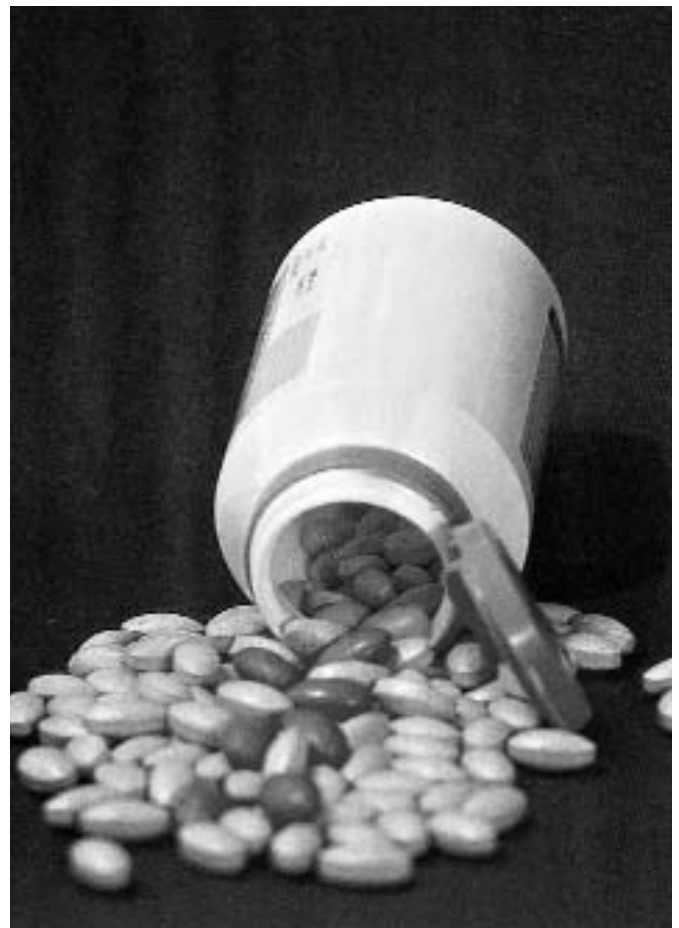
L'odierna chemioterapia appare più come misura convenzionale obbligatoria, poco conta se sfocia nella morte, pur che sia conservata la metodica convenzionale più o meno elegantemente seguita o falsata, non decisamente lontana dai criteri basali di ogni chemioterapia. La migrazione di folte schiere di pazienti verso nazioni non vessillifere per progresso scientifico, ha per sottofondo questa impostazione sociale.

Nel divenire della multiforme metodica raramente incidono criteri rigorosamente scientifici, dominan-

do largamente l'impostazione statistica più o meno elegantemente. La qualifica di chemioterapia allude alla possibilità di sintetizzare quei prodotti che hanno manifestato avverse ma positive qualità terapeutiche, possibilmente senza alcun inconveniente. Anche per gli arsenobenzoli (606) e neoarsenobenzoli (914) si credette di vincere la sifilide, pur avendo dato un bassissimo tasso di mortalità e la scomparsa della reazione di Wasserman.

Purtroppo la ben più complessa tecnica chemioterapica non vince i tumori maligni, non solo, ma a volte, non raramente, provoca danni pericolosi o sofferenze gravi al punto da essere decisamente rifiutati dai pazienti.

I criteri di attualità si fondano generalmente sulle variazioni di volume, che purtroppo sono momentanee, di breve durata, ovvero di gran lunga superati dai danni concomitanti. Non potrebbe spiegarsi altrimenti l'elevata percentuale di cittadini statunitensi che affrontano le terapie più strane presso le pic-



cole repubbliche caraibiche e alla comparsa di sintomi di intossicazione dopo la chemioterapia. L'indicazione principale sta soprattutto nella mancanza di mezzi alternativi, atti a svolgere anche una modesta frazione, degli aspetti apparentemente benefici conseguenti alla chemioterapia. Eppure un mezzo idealmente efficace potrebbe consistere nel rinforzare quei mezzi di difesa che la natura casualmente appone agli agenti dannosi di natura cancerogena. Sotto questo aspetto un indirizzo preferenzialmente seguito, sarebbe non quello di uccidere le cellule neoplastiche quanto quello di rinforzare fino ad annullare l'azione dannosa delle sostanze cancerogene.

Quando la Bayer sostituì il 606 con il 904 arsenobenzolo e mandò i campioni in quasi tutte le cliniche dermosifilopatiche del mondo, la convinzione unanime fu che la sifilide fosse vinta tanto più che la mortalità era estremamente bassa dell'ordine di qualche paziente su mille. Doveva trascorrere tempo per capire l'evoluzione della malattia, i rapporti con le malattie nervose e mentali (paralisi progressiva, tabe dorsale), prima di correggere l'indirizzo intrapreso. Un valido aiuto sembrò provenire dagli effetti dell'"Atoxil" arsenicale, tipico per un efficace rimedio contro più di una affezione.

La scelta per l'impiego di una terapia chimica nella cura di una grave affezione come il tumore dipende fra l'altro da un comparaggio fra i disastri prodotti dall'una e dall'altra. Le qualifiche della chemioterapia riflettono l'azione ritenuta meno tossica e più efficace, ma non certo quella di guarigione alla quale generalmente ci si sottopone.

L'errore e l'insufficienza della terapia chimica, derivano essenzialmente, oltre che, dalla genesi del danno eziologico, anche dall'assenza dell'esatto meccanismo d'azione e dalla disponibilità di un mezzo sicuramente efficace. Parte della incredulità tuttora vigente contro una efficace terapia da affezioni maligne, dipende proprio dall'effettiva ignoranza del meccanismo d'azione che risulta multiplo complesso. Ma anche essenzialmente diverso da tutti quelli adoperati fino ad ora.

Vedere ridursi o scomparire gli effetti primari e metastatici di un melanoma, già gravemente canalizzato sembra impossibile e quindi inverosimile, così come la detersione di un carcinoma della lingua o del labbro, di un polmone o del fegato, di un carcinoma del pancreas o di un carcinoma dell'ovaio. L'aspirazione verso questi traguardi ritenuti impossibili si riflette nel rifiuto a volte sistematico contro le terapie normali in corso, malgrado gli effetti tan-

te volte dimostrati, lasciano ancora gravi ombre di incredulità.

L'efficacia della terapia antiblastica non dipende da un farmaco, ma da un complesso protocollo, un componente del quale dovrebbe incombere sulla crescita o riproduzione della cellula neoplastica, che può ma non deve necessariamente confinare con la morte, ma che deve limitarsi ad una soppressione dell'attività di crescita. Si tratta di un effetto vitale ma non immediatamente mortale tanto più se corroborato da adeguate reazioni tessutali, circolatorie, topochimiche, ma non tossiche. Secondo questi principi, ben lontani dagli ideali terapeutici di un tempo, il processo antiblastico fondamentale, sarebbe l'abolizione della crescita delle cellule o dei fattori di crescita delle cellule cancerogene, azione più o meno potentemente coadiuvata dai diversi fattori sopra detti.

Molte obiezioni si possono sollevare contro questo obiettivo, per quanto a tutto sembra poter rispondere con adeguata misura del protocollo stesso, per cui il protocollo deve mirare all'obiettivo dell'abolizione della crescita o della produzione di sostanze cancerogene, coadiuvato diversamente caso per caso da altri fattori generalmente inefficaci da soli.

E' inutile dire il ruolo giocato dalle dosi del mezzo vettoriale, dalle vie di iniezione, dalla consecuzione dei dosaggi, dalle condizioni del circolo sanguineo e linfatico locale, dalla dignità ed entità dell'organo colpito, dall'opportunità di interferenze con altri metaboliti. In altre parole la terapia dei tumori maligni sembra essere un campo pertinente alla cultura e ai mezzi posseduti oggi dalla scienza, in buona parte ripetentesi (protocollo), talvolta esigenti mezzi particolari, a tempi supplementari, a interventi ancora diversi (temperatura, energie radianti).

La terapia dei tumori maligni investe essenzialmente la crescita, i fattori che la condizionano in senso più o meno negativo, le condizioni fisiche, locali e generali, la dignità e l'estensione fisiologica del tessuto colpito. In altre parole la terapia razionale è possibile con l'applicazione di un crescendo di metodi che esigono profonda cultura biochimica, fisiologica, fisica, chimica, anatomo-biologica, tutte influenzate dagli intervalli di tempo, dai dosaggi, ecc. Il tumore maligno si deve considerare una malattia già vinta, avulsa apparentemente dai metodi usuali, per ignoranze basilari, che investono i comuni campi di tutta la biologia, quasi tutti ormai noti e sfruttabili.

*Prof. Luigi Di Bella*

## LE BASI SCIENTIFICHE DEL MDB NELLA TERAPIA DEI TUMORI

**U**no degli scopi della ricerca sul cancro è quella di reperire ed usare sostanze che inibiscono la crescita tumorale. Il numero delle sostanze scoperte è progressivamente aumentato negli anni, per cui è aumentata anche la loro possibilità di utilizzo clinico. Le sostanze inibitrici della crescita, non avendo però, a differenza dei farmaci chemioterapici, un'azione lesiva diretta sulla cellula tumorale, per essere efficaci nel trattamento dei tumori devono essere somministrati in maniera combinata o sequenziale. IL MDB usa farmaci di origine fisiologica e permette di ridurre la tossicità dei chemioterapici tradizionali e ridurne il dosaggio, mantenendone nel contempo, l'efficacia antitumorale.

Per ogni categoria di farmaci usati del MDB, vi sono centinaia di studi scientifici, pubblicati sulle principali banche dati biomediche, che dimostrano l'azione antitumorale di queste sostanze e questi studi sono in continuo aumento. In particolare, a proposito della somatostatina e del suo rapporto con l'ormone della crescita occorre notare che: in un'ampia varietà di tessuti tumorali, sia umani che animali, è stato notato un aumento dei recettori per l'ormone della crescita, in confronto con la presenza di questi recettori nei tessuti sani, ciò fa collegare la presenza di questi recettori allo sviluppo tumorale. La somatostatina è la sostanza che fisiologicamente inibisce l'ormone della crescita. Inibendo questo ormone, e pertanto la sua azione proliferativa sui tessuti sono ampiamente diffusi, anche l'azione anti-tumorale della somatostatina è generale su tutto l'organismo come confermano gli studi scientifici condotti sull'uomo. Questo meccanismo è lo stesso che causa lo sviluppo di diversi tumori ormono dipendenti (estrogeni: cancro della mammella, androgeni: cancro della prostata). Anche in questi tumori infatti, vengono prescritti farmaci che bloccano l'azione di questo ormoni come il tamoxifene per cancro della mammella, il ciproterone acetato per il cancro della prostata. Secondo gli stessi principi è quindi indicato nei tumori prescrivere il farmaco che inibisce l'ormone della crescita (la somatostatina). Il vantaggio della somatostatina è che la sua azione è generalizzata su tutto l'organismo. Tali affermazioni trovano validità scientifica desunta da pubblicazioni come quella del BR JOURNAL CANCER 1998 JUN 77(12): 2129-37: "Il trattamento sequenziale con melatonina e acido

tutto-trans retinoico determina la morte delle cellule del cancro al seno". "Lo sviluppo tumorale è caratterizzato da una proliferazione cellulare incontrollata. Uno dei maggiori obiettivi della ricerca sul cancro è stato quello di identificare terapie che riducono od inibiscono la crescita cellulare. Negli anni si sono usati diverse sostanze, sia di origine naturale che di sintesi, per inibire la proliferazione delle cellule tumorali. E' stato dimostrato che due agenti oncostatici, la melatonina e l'acido retinoico, impediscono la crescita del cancro della mammella ormone-dipendente.

Fino ad oggi, sono stati utilizzati protocolli clinici in cui la melatonina e l'acido retinoico sono usati come terapie di supporto nel cancro. Usando le linee cellulari tumorali della mammella, denominate MCF\_7, positive per i recettori degli estrogeni (cioè che hanno sulla loro superficie recettori per gli estrogeni), il nostro laboratorio ha studiato l'effetto di un trattamento in vitro sullo sviluppo delle cellule tumorali della mammella; nel trattamento è stata somministrata prima melatonina seguita dall'acido tutto-trans-retinoico (atRA).

L'incubazione, cioè mettendo in contatto, delle cellule delle linee MCF-7 e T/D. ormono-dipendenti (la loro crescita dipende dagli ormoni, in questo caso dagli estrogeni) con melatonina (10-9M) seguita 24 ore dopo dall'acido tutto-trans retinoico (10(9) M), porta sia alla completa cessazione della crescita cellulare, sia ad una riduzione del numero delle cellule al di sotto della densità della piastra iniziale (cioè al di sotto del numero di cellule presenti nella piastra del terreno di coltura). Questo effetto di uccisione delle cellule tumorali si differenzia con l'effetto puramente inibitorio della crescita delle cellule che è stato notato somministrando sia la melatonina che l'acido tutto.trans retinoico separatamente. Questo trattamento di melatonina seguita da acido tutto-trans-retinoico ha indotto effetti di morte cellulare sulle cellule MCF-7 tramite l'attivazione dell'apoptosi (morte cellulare programmata). Presi nell'insieme, i risultati suggeriscono che l'uso di una appropriata terapia con melatonina ed acido retinoico trans dovrebbe essere presa in considerazione pre studi pre-clinici e clinici (cioè di fase III), contro i tumori maligni della mammella positivi per i recettori degli estrogeni (cioè i tumori in cui si usa per esempio il tamoxifene).

## LA FEBBRE

**L**a febbre è il primo pensiero del medico curante: il suo intento è quello di sopprimerla o abbassarla, e non di capirne le ragioni. Una decisione che non è sempre giustificabile. La febbre è un fenomeno importante e i rimedi per eliminarla sono molteplici, i cosiddetti febbrifughi o antipiretici, ed è un sintomo che può portare, in rari casi, anche ad una prognosi infausta. È importante capire perché la temperatura a volte comincia ad elevare tanto da toglierci la capacità razionante, nel così detto delirio. Con l'aumentare della temperatura tutte le reazioni aumentano.

Aumentano sia negli esseri viventi come anche nel mondo chimico - fisico. Per capire cos'è la febbre è importante studiare i meccanismi di regolazione della temperatura del nostro corpo, ovvero la termoregolazione. Si tratta di un meccanismo involontario di aggiustamento della temperatura del corpo. L'uomo è un animale omeotermico, cioè mantiene una temperatura costante, indipendentemente dalla temperatura ambientale. Come mai la temperatura rimane così stranamente costante nel tempo, pur con la variazione imponente della temperatura dell'ambiente in cui viviamo?

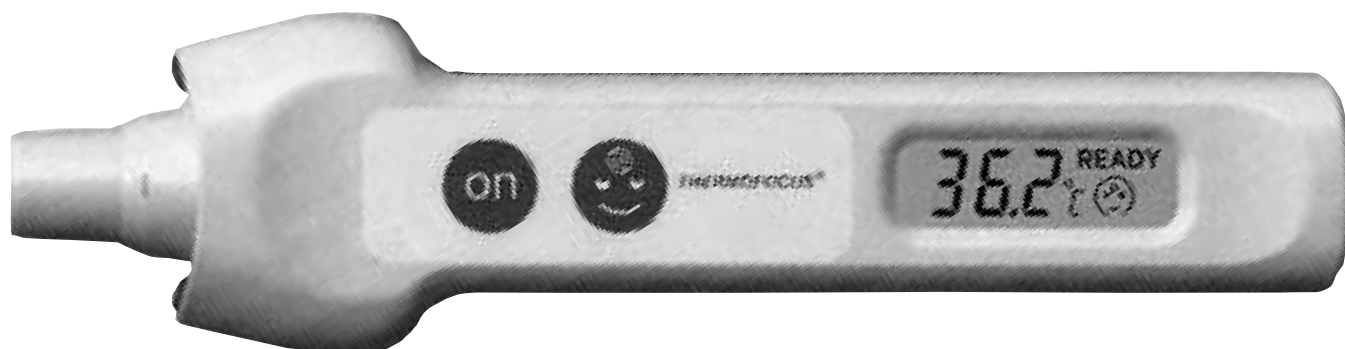
La spiegazione è che anche l'uomo è in grado di produrre calore e di regolarne la produzione. La temperatura corporea dell'uomo si mantiene tra i 36 - 37,5 gradi Centigradi, che corrispondono a 97 - 99,5 gradi Fahrenheit. Più comunemente la temperatura viene misurata con il termometro clinico centigrado. I termometri centigradi hanno una scala che si estende da 36 gradi Centigradi a 42 gradi Centigradi, in intervalli di 0,1 gradi. Il principio dell'omeotermia è legato ai meccanismi di regolazione di quella forma di energia termica, che si chiama calore nel nostro organismo. Il calore dell'organismo è vitale ed è un

fenomeno paragonabile a quello della combustione. La quantità di calore si misura attraverso le calorie. La caloria è la forma di energia che viene prodotta dal calore. La quantità del calore si misura in gradi Centigradi o Fahrenheit.

Nel nostro organismo la temperatura è mantenuta ad un livello approssimativamente costante per l'equilibrio che esiste tra termogenesi, (processi di combustione con produzione di calore) e calore perduto. I nostri organi sono soggetti a fenomeni di scambio termico vitali. Per es. la temperatura del sangue che entra nel fegato è più alta della temperatura del sangue che esce dal fegato. Tutti gli organi bruciano combustione e consumando producono calore sotto forma di energia. Questo fenomeno si definisce con il termine di metabolismo. Il nostro organismo sfrutta il calore derivante dal metabolismo, oltre al calore esterno, per mantenere costante la temperatura.

L'uomo ha degli organi che hanno un'attività simile a quella di una stufa o di una resistenza elettrica, cioè producono calore. La stufa brucia e produce calore lasciando come traccia la cenere, nel caso dei muscoli il calore produce cataboliti sotto forma di CO<sub>2</sub> e urea, che sono l'espressione di misura della quantità di energia prodotta. Gli alimenti sono il combustibile. La combustione quindi in tutti i nostri tessuti ha un primo finalismo: mantenere la temperatura costante ad un certo livello. Il calore come espressione di vita, come entità fisica di responsabile vivente della vita stessa, è determinante. Senza produzione o assorbimento di calore non ci potrebbe essere vita.

Importante però è anche lo smaltimento del calore che avviene tramite la pelle, per conduzione, convezione, irraggiamento, evaporazione. A basso flusso sanguigno della pelle la temperatura cutanea



è bassa e la cessione del calore dell'ambiente è minima. Con flusso sanguigno elevato la temperatura cutanea è alta e la cessione di calore all'ambiente è massima. Lo si vede nella sclerodermia in cui i tessuti della pelle poco irrorati dai capillari, non trasmettono calore, causando un rischio per la vita stessa.

La pelle abdica ad una delle sue funzioni fondamentali, quello di scambio termico, ma non è solo una forma di energia che non si scambia più sono anche tutte le sostanze gassose che normalmente passano attraverso la pelle che non vengono più ricambiate. La quantità di calore ceduto è proporzionale all'entità della superficie della pelle, alla differenza di temperatura tra l'interno e l'esterno della pelle. Un esempio di tale perdita di calore detto conduzione, è il contatto fisico del corpo con l'ambiente, o il contatto fisico del corpo con l'aria detto convezione. Un'altra perdita di calore si può avere per irradiazione e per evaporazione dell'acqua. L'ipertermia e la febbre sono entrambe un aumento della temperatura corporea.

L'ipertermia è un aumento di temperatura che interviene quando i meccanismi di scambio o di produzione del calore sono alterati per conduzione-convezione-irradiazione, evaporazione, per cosiddetti fenomeni fisiologici. Si parla di febbre quando i meccanismi che intervengono nell'aumento della temperatura sono fenomeni patologici con la modificazione dell'attività degli organi, responsabili della trasmissione delle funzioni del calore, e cioè quando ci sono alterazioni delle ghiandole.

Con l'aumentare della temperatura tutte le reazioni aumentano. Aumentano sia negli esseri viventi come anche nel mondo chimico-fisico. Il quoziente di Van't Hoff sostiene che per ogni dieci gradi di aumento della temperatura la velocità delle reazioni raddoppia. Questa è una regola approssimativa e non si può certo dire che abbia sempre validità, serve appena per iniziare a capire come ci si debba comportare. Un altro quesito è quali reazioni raddoppiano nel caso di uno stato febbrile. La prima difesa è rappresentata dalla formazione di anticorpi, e nei fatti la loro formazione aumenta o tende ad aumentare con l'aumento della temperatura.

I meccanismi che determinano questo fenomeno sono diversi, ed entrano in gioco in modo diverso a seconda dei tipi di anticorpi stimolati, o di vari organi coinvolti, o a seconda dell'età e delle condizioni di base del soggetto interessato. Quando si misura la temperatura e si comincia a somministrare l'antipi-



Sebastiano del Piombo, Pietà (Viterbo, Museo Civico)

retico è il caso di porsi la domanda se si stia facendo un'azione corretta o se si vada contro la natura e i suoi meccanismi di difesa. La temperatura corporea è un'indice ma non è l'unico. Aumentare la temperatura significa aumentare la velocità del metabolismo, ma vuol dire anche aumentare l'attività cardiaca, (frequenza cardiaca), e in genere l'attività di tutti gli altri organi.

Se ci sono a loro carico delle lesioni particolari potrebbero, a seconda dei casi, risentire più o meno dell'aumento della temperatura. Con l'aumento della temperatura corporea la frequenza cardiaca tende ad aumentare, con l'abbassarsi della temperatura corporea, la frequenza tende a calare; un fenomeno ritmico. Al limite di queste due variazioni di frequenza subentra la morte con diminuzione prima, arresto della frequenza dopo; aumento prima e morte dopo l'aumento della frequenza. Per queste ragioni, oltre che per altre, non è possibile fare un'affermazione di ordine generale circa il fatto se si debba o meno abbassare la temperatura.

*Conferenza del Prof. Luigi Di Bella tenuta a Modena il 22.02.02 presso la Camera di Commercio e organizzata dall'Associazione AIAN Modena*

## ETICA DEL PAZIENTE NEOPLASTICO

**L**a fatale notizia della diagnosi suscita reazioni molto diverse nei singoli pazienti: da un'indescrivibile disperazione, ad un'apparente calma e saggia accettazione, con tutti i gradi e le motivazioni responsabili. Una causa di questa stridente realtà, dipende dalle accettazioni comuni di ordine diagnostico prognostico, dalle diverse reazioni che suscitano, dai caratteri dei singoli pazienti, e infine dalla comprensione comune dell'identità nosologica dominante nel quadro sintomatico.

Un aspetto comune è relativo alla facilità con la quale non pochi oncologi, osano emettere una prognosi molto grave "seduta stante" *quo ad vitam* e *quo ad valetudinem*, in base alla quale si prospettano le più fosche previsioni, ovvero anche una rassegnata accettazione di gravi sofferenze di una accettabile durata. Il comportamento del medico curante si origina dal carattere personale, dall'educazione professionale e sociale e, non molto raramente, anche da aspetti economici. Dal punto di vista professionale il tumore "maligno" viene considerato come il prototipo della malattia inguaribile, confinante con la morte dopo lunghe sofferenze di ogni tipo; purtroppo note.

In effetti il trattamento è largamente cambiato, sia per il prodigioso progredire delle tecniche chirurgiche, come per i presidi terapeutici affioranti da tecniche farmaco - dinamiche ed immuno - profilattiche. La tecnica chirurgica affiancata a questi presidi, ha fatto mutare, addirittura capovolgere, la prognosi di numerosi tumori. Basti pensare agli interventi sul SNC per neuro - glioblastomi, nonché per gli insidiosi ependimomi e neuro-angiomi; alle tecniche delle affezioni d'insorgenza e della conduzione e regolazione degli impulsi cardiotropi; ai trapianti di polmone, fegato, rene ecc., per constatare i passi da gigante confinanti in questo campo e che contribuiscono ad attenuare la gravità della prevedibile diagnosi. Oltre ai mezzi chirurgici e affini, metodiche recenti stanno avanzando e sostituendo le consuetudini, relative alla chemioterapia: l'ineffettività delle metodiche relative, si sta attenuando, fino a scomparire in larghi strati sociali e nella neutralità comune di molti pazienti. Questa affermazione emerge chiara da numerose constatazioni, quali ad esempio il sempre più largo rifiuto di accettare la proposta chemioterapica, optando per metodi a volte irrazionali o quantomeno tutt'altro che sperimentati.

Si tratta di evoluzioni non sempre espressioni di ignoranza generale o specifica, ma a volte emergenti da constatazione di precise statistiche inoppugnabili, e quindi reperibili in nazioni considerate molto evolute, come gli Stati Uniti. Con i metodi che si stanno largamente e direi imperiosamente affermando in Italia (MDB), può risultare molto utile il raffronto con gli altri diffusi in nazioni indubbiamente molto progredite e largamente note per le informazioni giornali-

stiche. Progredire in quest'ordine di idee potrebbe equivalere a suscitare reazioni di classi e categorie di sanitari, reazioni non sempre giustificate e soprattutto dettate da motivi personali, non certo ispirati alla dirittura scientifica. Gli organi di stampa e gli atteggiamenti politici, le condizioni economiche ed il grado di cultura, gli orientamenti caratteriologici sociali dominanti, tutti contribuiscono in varia misura all'atteggiamento risultante. L'approfondimento rigorosamente scientifico non può non accettare l'eccezionale miglioramento della prognosi con i metodi recentemente proposti, e basati su tecniche relativamente recenti e metodi indubbiamente scientifici: i concetti dei mediatori, lo sviluppo dei marcatori, il ricorso alla validità della semi vita di un farmaco, ecc.

Purtroppo agli inoppugnabili valori di queste nuove rivoluzionarie metodiche, fa riscontro una serie di tentativi pur sostenuti da vivida fantasia, accoppiata a delicatezze di tecnica, quanto purtroppo inutili o dannosi. Intendiamo riferirci alla perfusione con liquidi opportuni nei noduli e lobi interi di organi importanti, ovvero ai tentativi di applicazione locale di tecniche, nefaste, per i tumori. Purtroppo nella creazione e progettazione di questi metodi, non raramente si dimentica che l'organo colpito scambia funzioni, sostanze, innervazione, irrorazione sanguigna e linfatica con l'organismo intero. Particolarmente trascurata è in queste condizioni l'emodinamica, lo scambio attraverso i capillari sanguigni e linfatici, ma soprattutto il contributo dominante del sistema nervoso centrale e periferico, volontario e vegetativo, simpatico e parasimpatico. La complessità del problema non consente di emettere previsioni, ma prevede la giustificazione dell'estrema prudenza ogni qualvolta ci si voglia accingere ad emettere ardite prognosi.

Se il paziente oncologico prendesse coscienza della sua ignoranza e, purtroppo, anche di quella dei sanitari, andrebbe molto più cauto nell'esprimere i giudizi a carico di tutta l'organizzazione neoplastica, che pur nelle sue deficienze mostra crescenti manifestazioni di solida validità. L'esposizione di queste idee non persegue già fini propagandistici, ma si propone unicamente di tutelare il precipuo ed inviolabile interesse del paziente; non mira ad alcun interesse remoto economico e clientelare, ma è animata dall'anelito di preservare la vita, la salute, di attenuare le irrimediabili disperazioni che accompagnano inevitabilmente la prognosi di un tumore maligno, così com'è tratteggiato oggi. Curare il paziente con i mezzi non solo tradizionali, ma soprattutto moderni e scientifici, diventa un dovere morale ed un imperativo categorico. Sotto questi aspetti può considerarsi un'operadi alto contenuto umano e sociale l'accettazione e l'applicazione di indirizzi solo apparentemente nuovi, e, purtroppo, a volte boicottati stoltamente.

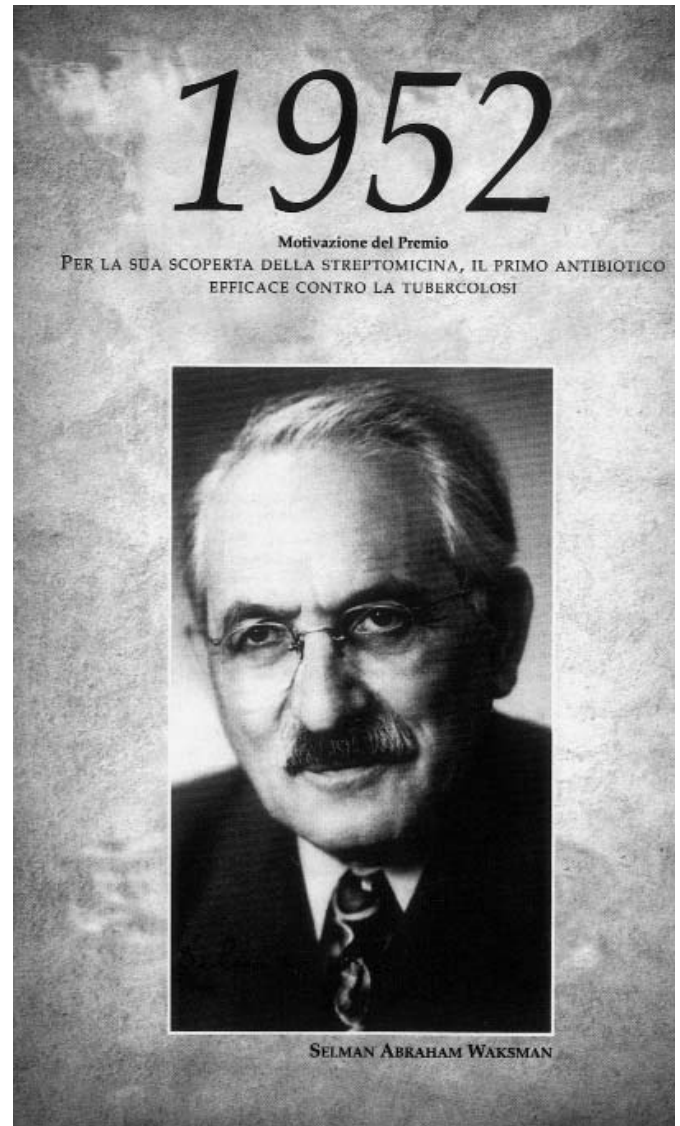
Prof. Luigi Di Bella

## ASPETTANDO UN ALTRO NOBEL

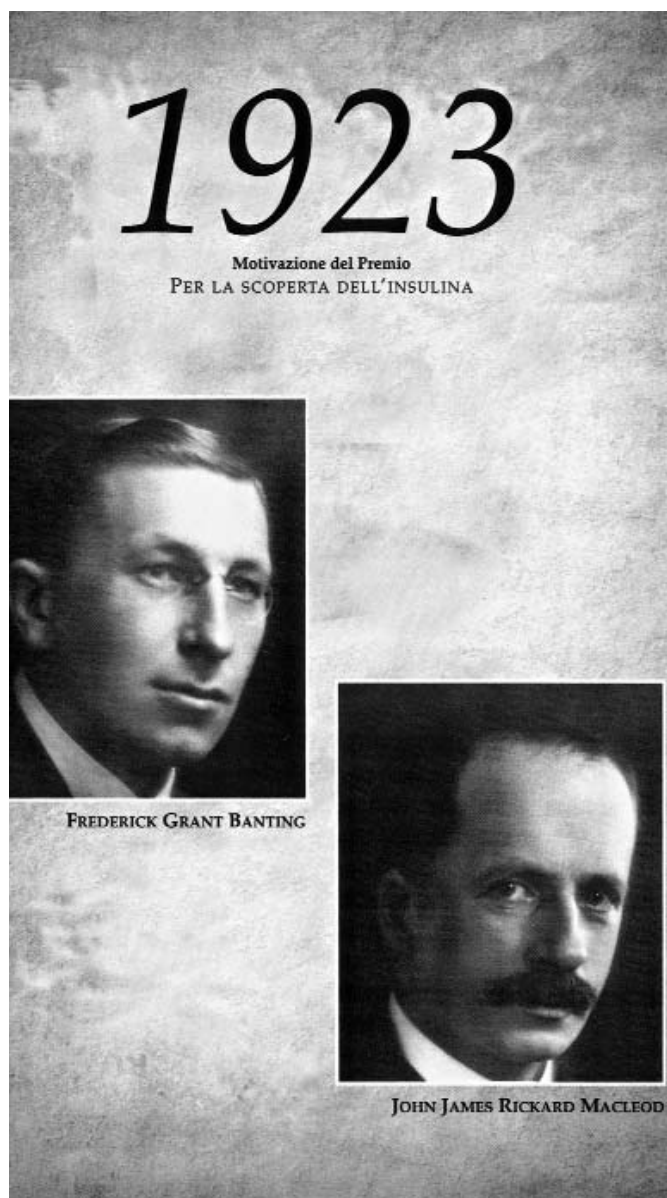
Qualunque persona ammalata vuole sapere tre cose: cosa ho, come mi curo, quando guarisco. Nella mia esperienza di medico che cura con il Metodo Di Bella, i tumori, il terzo quesito è quello che impegna maggiormente e vicendevolmente medico e paziente. Diventa più ricorrente con il passare dei mesi, particolarmente tra il sesto ed il settimo, forse perché in questo periodo in alcuni pazienti vi è un momento di crisi: ci si aspettava il risultato eccezionale che ancora non si è visto e allora ci si sfiducia, perché non ci si è liberati da questa malattia che, comprensibilmente, viene vissuta come una minaccia o, peggio, condanna, e questo può spingere a rinunciare al curarsi.

Oppure la completa assenza di sintomi e il condurre una vita normale (anche in presenza di tumori metastatici) può invogliare a prendersi una "pausa", nell'esecuzione costante e rigorosa della terapia, dal momento che, naturalmente, nessuno prende con piacere farmaci a meno che qualcosa lo spinga come nel caso di un dolore. In entrambe queste ben comprensibili situazioni l'errore è grande. Perché un diabetico non si stanca di fare quattro punture al giorno di insulina vita natural durante? O un iperteso di prendere due, tre o quattro o più compresse al giorno regolarmente tutti i giorni? E la lista delle malattie che ancora non siamo riusciti a debellare, ma ne abbiamo ridotto o addirittura eliminato la possibilità di nuocere è lunga. Quanti ragazzi in un passato recente sono morti di tubercolosi o di polmonite? Quante persone di tifo, broncopolmonite, malaria perché non c'erano medicine per curarle? Quante nel secolo scorso, morivano di appendicite, di ernia strozzata, di ulcera perforata? Tantissime. Tuttavia la scienza è andata avanti, e le condanne o le minacce di un tempo sono, oggi, considerevolmente diminuite.

Ci sarà pertanto stato un anno, un mese, un giorno in cui l'applicazione di una scoperta ha fatto sì che, dall'oggi al domani, quello che era mortale non lo è stato più. E' l'undici gennaio del 1922. Per la prima volta l'insulina viene iniettata in un ragazzo di 14 anni, Leonard Thompson, ricoverato in coma diabetico al Toronto General Hospital. Il ragazzo si riprende immediatamente dal coma e vivrà per parecchi anni, facendo una iniezione di insulina al giorno. Morirà di incidente motociclistico, non di diabete. Per la scoperta dell'insulina John James



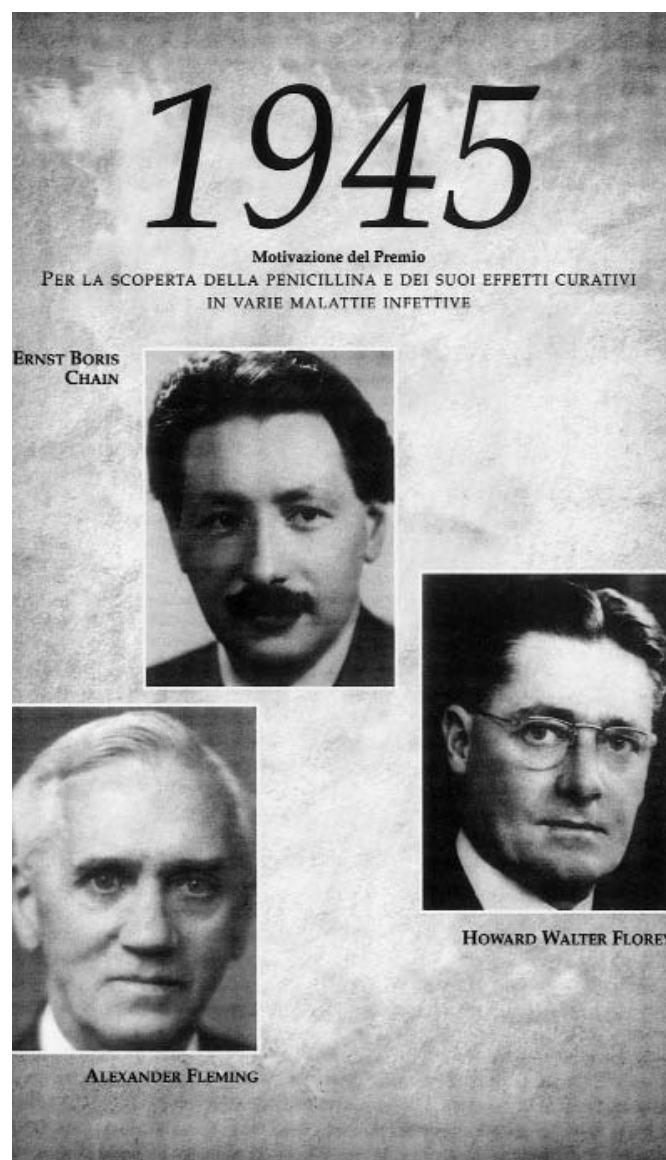
Rickard Macleod (Inghilterra) e Frederick Grant Banting (Canada) nel 1923 ottengono il Premio Nobel. E' il 12 febbraio del 1941. Si prova per la prima volta la penicillina su un poliziotto di Oxford affetto da una grave e mortale forma di setticemia: guarirà in 24 ore, mentre solo una settimana prima sarebbe morto, e da quel giorno le malattie infettive non sono più incurabili. Per la scoperta della penicillina e dei suoi effetti curativi, Ernst Boris Chain (Germania), Howard Walter Florey (Australia), e il grande Alexander Fleming (Inghilterra), nel 1945 otterranno il Premio Nobel. E' il 1947, l'agronomo (non un medico) Selman Abraham Waksman (Ucraina) scopre la streptomina, il primo antibiotico contro la tubercolosi, la cui mortalità per meningite tubercolare passa dal 40% del 1900,



allo 0,6% del 1947. Per questa scoperta, pur essendo laureato in Agraria, vincerà nel 1952 il Premio Nobel della Medicina. Questi sono pochi esempi dei molti giorni, mese, anno, in cui improvvisamente, il cammino dell'uomo nel vincere le malattie ha avuto una svolta: cammino che non si è fermato. In tanti ed in tante malattie aspettiamo ancora un rimedio che risolva alla radice il problema. Accadrà anche per i tumori? Sicuramente sì, ma non sappiamo ancora quando. In questo cammino, il Professor Di Bella e la sua terapia rappresentano un lunghissimo e gigantesco ponte tra la malattia e la guarigione, sia per coloro per i quali la sua terapia è stata risolutiva, sia per coloro nei quali la malattia per motivi noti e non, non è scomparsa, ma è ferma o quasi, consentendo comunque una vita dignitosa per un tempo sicuramente superiore a qua-

lunque altra terapia. Ne il poliziotto di Oxford, ne il ragazzo di Toronto sapevano che i loro giorni sarebbero rimasti nella storia, ma se questo è accaduto è stato solo perché in quel momento, anche se moribondi o in coma, erano una sola cosa: vivi. Mi sono fatto un po' prendere la mano dalla Filosofia, mentre era mia intenzione essere più tecnico, e tecnicamente cercare di spiegare cosa succede se si interrompe o si fa a singhiozzo la terapia del Prof. Di Bella. Avrei voluto parlare della sincronizzazione in fase S del ciclo mitotico, dell'inibizione da parte della somatostatina della tirosinchinasi e della sua influenza sull'attivazione degli istoni cromatinici<sup>o</sup> e quindi sulla duplicazione cellulare, sulla durata fisiologica e patologica della fase G<sup>o</sup> nelle mitosi di alcune cellule, ma forse è stato più utile così.

*dott. Lorello Macrini*



## LE REAZIONI PSICOLOGICHE ALLA DIAGNOSI NEOPLASTICA

### CAPITOLO CONCLUSIVO

**I**l tumore è un evento drammatico responsabile nel suscitare reazioni psicologiche quali rabbia, senso di colpa, impotenza, ansia, auto svalutazione e depressione. Una realtà dai risvolti traumatici, molto spesso devastante nelle sue conseguenze che implica un processo di elaborazione lungo e difficoltoso, il cui risultato auspicabile per malati è quello dell'adattamento alla malattia.

La malattia cancro ha connotazioni antropologiche che stabiliscono un confronto con tematiche esistenziali, le quali creano difese nei confronti della morte. La patologia neoplastica non è riferibile a nessun'altra patologia acuta o cronica, e per questo responsabile nell'influenzare il vissuto psicologico del malato, costretto a convivere con il pensiero della propria morte. Egli vive la malattia e la minaccia di morte come un destino personale, a cui per continuare ad essere se stessi, bisogna riuscire a dare un senso.

Spesso interviene anche una scarsa informazione sulla patologia e l'assenza di un'efficace relazione a sostegno del malato da parte del medico. Tutti elementi in grado di influenzare l'adattamento psicologico alla malattia. Si comprende quindi che il tumore non è solo una malattia organica, ma responsabile di una condizione esistenziale ad alto grado psicopatologico.

Le complicanze di natura psicologica si manifestano nelle varie fasi della malattia, dalla diagnosi iniziale durante le terapie invalidanti come la chemioterapia e la chirurgia demolitiva, responsabili di aggravare la qualità della vita dei malati. Il trattamento chemioterapico è spesso responsabile di sofferenza psicologica e fisica, provocando depressione e affaticamento. Viene meno quindi un fattore importante che è quello della disponibilità del malato nell'accettazione della cura e di conseguenza degli effetti collaterali.

Molti malati danno una loro interpretazione della malattia che gli ha colpiti. Ricorrono spesso a una ricostruzione cercando di razionalizzare dei legami in apparenza logici, tra psiche e soma. Una necessità individuabile nel bisogno di occultare l'angoscia e il sentimento di colpa, spesso presente in chi

viene colpito dal cancro. Non vi è possibilità di individuare azioni di difesa al male che sopraggiunge. Il malato non riesce a tollerare la percezione di impotenza, per cui esaspera la ricerca della causa che ha provocato la malattia. Spesso la colpa per la responsabilità dell'accaduto è il pagamento per questa scoperta, sembra cioè che la colpa sia meno temuta dell'impotenza.

La formazione degli atteggiamenti personali nei confronti della propria salute e della malattia che mette a repentaglio la propria vita, è causa di numerose variabili che svolgono ognuna di loro un ruolo importante. Uno di questi, non secondario, è certamente la solitudine della persona nella drammaticità della malattia. L'oncologo e la medicina in generale non tratta esaurientemente gli aspetti psicologici, le emozioni, le reazioni anche sofferte, collegate al tumore, per cui il malato si trova di fronte ad una condizione di sofferenza senza i dovuti supporti psicoterapeutici. Ne sono prova le numerose testimonianze raccolte nel corso della mia esperienza.

Vissuti dolorosi nel loro destino di malati, incapaci di affrontare realisticamente la propria condizione patologica anche negli aspetti psicologici e sociali. Anche nei mass media il problema cancro viene affrontato in modo insufficiente e riduttivo, concedendo poco spazio all'esperienza di malattia in chi ne è affetto.

Non si dà importanza alla dimensione psicologica in generale e alle dinamiche che caratterizzano il problema in termini generali. Si nota invece la diffusione dell'argomento in termini più individuali nella loro drammaticità, spesso l'argomento assume connotati sensazionalistici.

Purtroppo vi è la tendenza a diffondere poco i dati delle reali statistiche di sopravvivenza con le terapie quali la chemioterapia; e si accenna poco alle realistiche possibilità di cura e guarigione, preferendo di gran lunga dilungarsi sulla scienza e tecnica medico-diagnostica.

Si evince quindi che ciò che viene scritto e diffuso a proposito del tumore, viene scarsamente collegato agli aspetti psicologici e alle emozioni, da parte di chi soffre di questo male.

R.R.

## LA VOCE DEI MALATI

*Prosegue la pubblicazione delle testimonianze: la voce dei pazienti, storie di ordinaria umanità e sofferenza. Casi emblematici che descrivono quanto dolore vi sia dietro una storia di malattia. Uomini e donne che combattono il tumore, spesso sottoposti a terapie devastanti e inutili. La voglia di vivere e combattere dopo tante delusioni e sacrifici. L'impotenza della medicina che non si dichiara mai inefficace. L'ultima speranza verso una cura meno invasiva, più rispettosa della dignità del malato che preservi un corpo e le proprie funzioni vitali. Liberi di vivere e di scegliere e non solo quando arriva la dichiarazione che non c'è più nulla da fare. Sono racconti veri e toccanti, parole semplici, ma capaci di descrivere una realtà che tanti non conoscono e che qualcuno fa finta di non conoscere. Come se bastassero le arance e i vasi di fiori nelle piazze per sensibilizzare l'opinione pubblica. Qui c'è molto di più. La voglia di vivere a tutti i costi e la fatica di farsi riconoscere come malati e guariti con la terapia che si chiama MDB. Siamo ancora qui a parlarne e non lo smetteremo di fare.*

### L'ISTINTO E LA RAGIONE: QUALE CURA?

31 Ottobre 2000 ore 2.30 del mattino. Mi alzo contro voglia dal letto, faccio pochi passi e all'improvviso una fitta atroce mi trapassa il fianco dx, mi aggrappo allo stipite della porta mentre urlo di dolore, subito dopo un grande gelo si impossessa delle mie ossa e comincio tremare; penso "stavolta muoio". Dopo gli accertamenti del caso, la sentenza: metastasi ossee da carcinoma mammario a livello vertebrale.

Tre anni prima avevo subito un intervento chirurgico per l'asportazione di un nodulo al seno sinistro con svuotamento del cavo ascellare. Poiché i linfonodi risultarono privi di cellule cancerose, mi fu prescritta solo una radioterapia.

Ora, all'età di 53 anni, mi ritrovavo faccia a faccia con gli stessi medici che mi avevano dichiarato guarita e che con aria incredula e meravigliata, visto che la nuova radioterapia alla colonna vertebrale non aveva fermato la malattia, mi proponevano un'altra "arma" per arrestare l'avanzata del male: la chemioterapia.

All'inizio una sensazione di grande disagio, poi una paura indicibile si era impossessata delle mie viscere, mi sentivo senza via di scampo e non riuscivo ad accettare l'idea che qualcosa di non ben definito circolasse dentro di me con licenza di uccidere. Non mi sono rassegnata all'idea e con l'aiuto e il sostegno delle mie due figlie, abbiamo cercato di contattare immediatamente un medico che praticasse la terapia del Prof. Di Bella di cui avevamo sentito tanto parlare.

Il medico ha risposto a tutte le nostre domande, perplessità e dubbi. L'idea di questa cura mi piaceva; la sentivo come qualcosa di più logico, di più naturale

e quindi doveva essere senz'altro più giusta. A quel punto dovevo decidere: chemio o MDB?

Il mio istinto e la mia ragione mi fanno optare per la terapia Di Bella.

Grazie all'interessamento di Orlanda ho ottenuto un'appuntamento con il Professore.

E' stata una grande emozione incontrarlo, anzi direi una esperienza unica e da quel momento non ho avuto più dubbi sulla mia scelta, anche se il Professore mi ha detto che la strada sarebbe stata lunga e dolorosa.

Il 18 febbraio 2001 ho iniziato la cura, dopo un primo momento di benessere non nascondo di essere stata assalita da forti dolori alla schiena piuttosto invalidanti, ma nonostante questo non ho mai messo in dubbio la mia scelta ed ho continuato con fiducia e costanza la cura.

Ora a distanza di un anno, comincio a sentirmi meglio: i dolori sono molto diminuiti, riesco di nuovo a camminare, i marcatori tumorali cominciano a scendere e la scintigrafia mostra una regressione della malattia.

So che devo ancora lottare e che la strada è ancora lunga ma sono serena e sempre più convinta che per me sia l'unica percorribile.

Per il momento la mia storia finisce qui; poi sarà grazie al Professore se potrà avere un seguito e la mia vita potrà avere ancora un senso.

S. T.

### "TRE MESI DI VITA":

Ho 58 anni e ho sempre lavorato come operaio, lavorato duro, per portare avanti la mia piccola famiglia. A novembre 2001 mi è stato diagnosticato un

tumore delle vie biliari con metastasi diffuse, la mia vita è cambiata totalmente. Dopo l'operazione non sono più riuscito ad alzarmi dal letto e pregavo di morire, la diagnosi era letale: 3 mesi di vita. La mia unica figlia Loretta ha conosciuto Orlanda. Con l'associazione di Mentana ho iniziato la terapia Di Bella il 4 gennaio 2002, e ora sono qui a dettare questa lettera, vorrei scrivere tutto quello che il mio cuore sente: gratitudine e tanto, tanto amore. Spero di incontrare il Professore per ringraziarlo personalmente, ora vivo una vita normale, cammino per le strade del mio paese, gioco con il mio nipotino e riesco finalmente a stare a tavola con i miei cari. Grazie Professore Di Bella della vita che mi ha ridato.

*F.O.*

### LIBERO DI VIVERE

Libero professionista, cosa significa? Per me il significato era lampante, libero di vivere e lavorare come più mi conveniva.

Mi sono sempre atteggiato ad essere un grande uomo, senza paura, temerario e capace, ho ottenuto dei risultati brillanti. La mia età è abbastanza matura ed ho vissuto molto intensamente quasi tutto ciò che la vita mi ha offerto. Il cancro, però non riesco ad accettarlo, ci convivo ma non lo accetto! Sono in terapia con il metodo Di Bella da quasi tre mesi (diagnosi: carcinoma al polmone destro con metastasi al fegato e al peritoneo) sto vivendo per non morire e mi curo con precisione maniacale perché non voglio morire.

A volte mi trovo davanti allo specchio e non mi riconosco, l'uomo forte il gigante è svanito, ora c'è Lorenzo. Il temerario non c'è più, c'è solo un piccolo uomo che ha dentro al cuore tanta, tanta gratitudine e amore per un vero gigante: il Prof. Luigi Di Bella. Grazie professore, grazie soprattutto per avermi fatto ritrovare me stesso.

*L. I.*

*(Testimonianze a cura dell'Associazione pro malati neoplastici "Di Bella" - Mentana)*

### IL CORAGGIO DI LOTTARE

Mio marito è deceduto da pochi mesi, pertanto io lo sento ancora parte di me stessa. Nell'agosto del '95 mi accorsi che mio marito non stava bene e che aveva un foruncolo sulla lingua. Dopo qualche tempo si era formata una bolla di 1 cm di diametro e all'interno c'era del sangue. All'ospedale gli venne diagno-

sticato un carcinoma e fu ricoverato immediatamente per essere operato. L'intervento, a seconda dei medici, riuscì perfettamente, in quanto il carcinoma era incapsulato, ma per scrupolo sarebbero intervenuti anche sulle ghiandole per vedere che non si fossero formate delle metastasi.

Al controllo successivo ci dissero di non preoccuparci in quanto era guarito e non c'era traccia di tumore. Non era così. Il medico curante leggendo la cartella clinica, si allarmò quando vide la diagnosi di metastasi e ci chiese perché non erano state eseguite le terapie del caso. Su suo sollecito in ospedale vennero praticate a mio marito, 30 sedute di radioterapia consecutive, senza maschera di protezione e senza gli esami del sangue da farsi ogni settimana, come prevede il protocollo in questi casi.

Mio marito in poco tempo aveva tutti i denti capovolti, si era formata una necrosi mandibolare, la trachea e l'esofago bruciati dalle radiazioni. In sette anni è stato sottoposto a 18 interventi, deturpato in tutto il corpo, e nella psiche. Durante un intervento di chirurgia plastica i chirurghi trovarono nel collo un carcinoma radio-indotto fra l'esofago e la trachea. Gli fu praticata di nuova la radioterapia con esiti disastrosi.

La medicina aveva fallito e la nostra ultima speranza fu di far visitare mio marito dal Professor Di Bella, il quale disse che avrebbe tentato di ridargli la sua dignità di uomo. Iniziata la terapia cominciò a sentirsi meglio, dormiva, il dolore si era attenuato, aveva ricominciato a lavorare. Era un altro uomo. Purtroppo per le conseguenze della radio terapia che aveva distrutto tutte le difese, gli fu diagnosticata un'infezione da "Pseudomonas" e dopo un consulto dal Professore, la terapia venne intensificata. Purtroppo la situazione si aggravò per una grave emorragia dalla trachea. Ricoverato d'urgenza i medici mi dissero che la situazione era grave e che avrebbe potuto morire da un momento all'altro. Ero disperata anche per le umiliazioni e le critiche che mi furono mosse per aver scelto la cura Di Bella, senza mai smetterla anche negli ultimi mesi di vita di mio marito.

A soli 55 anni mio marito è mancato. Con dignità, coraggio e tanta voglia di vivere. Lui adesso sta bene, mi dà coraggio e mi trasmette quella voglia di andare avanti ad ogni costo, aiutando anche gli altri malati. E tutto questo per merito del Professor Di Bella che ringrazio di cuore.

*M. Giovanna Dal Mut - Agordo (Belluno)  
(testimonianza raccolta dall'Anfoc di Cortina)*



## DIBATTITO IN CONSIGLIO PROVINCIALE: UNA PROVA DI RESPONSABILITÀ MANCATA

**Q**uello che è successo in Consiglio Provinciale in merito alla mozione "Morandini" ha sicuramente addolorato le persone sensibili alle problematiche sociali in genere e a quelli della salute in particolare, gli ammalati di cancro e un certo numero di medici che, nonostante tutto, credono nella libertà della persona. Ciò che preoccupa di più è la mentalità diffusa nelle persone che appare intollerante e fuori dai tempi culturali e scientifici in cui il mondo si trova. Per ignoranza o presunzione di essere sopra di tutti, la vera tragedia è che queste persone di cultura, dimostrano che non conoscono le oltre 1500 pagine reperibili nella principale banca dati bio-medica mondiale MED LINE EXPRESS, che comprovano l'azione oncologica delle varie componenti che fanno capo al protocollo Di Bella. Interventi sulla stampa locale da parte di sanitari e Ordine dei Medici, dimostrano la totale miopia nei confronti di un riconoscimento scientifico della cura, sempre più accertato a livello internazionale. Altra omissione imperdonabile è il non accorgersi che è iniziato da tempo l'accapparramento di questa metodica (la cui paternità è solo del Prof. Di Bella), da parte di illustri oncologi. Il Prof. Veronesi, ex ministro della sanità, nel corso della riunione della Commissione Oncologica Nazionale del 14 gennaio 1998, convocata per l'organizzazione dei protocolli della sperimentazione citò testualmente: "sia la somatostatina, sia i retinoidi, sono farmaci che hanno già dimostrato un'azione antitumorale". E' di recente pubblicazione su tutti i quotidiani nazionali, la sua ultima affermazione che riprende l'argomento quando egli ribadisce l'efficacia e l'utilizzo della somatostatina e altre sostanze nella cura, in alternativa alla chemioterapia. A favore porta anche dei risultati statistici: "il 25 % dei pazienti trattati hanno ottenuto una riduzione drastica del tumore, mentre gli altri hanno beneficiato di un arresto della malattia". Questo si chiama rubare una scoperta altrui che se denominato MDB, suscita reazioni di fondamentalismo pseudoreligioso, tanto è il livore e l'aggressività che si evidenzia in chi detiene il "Sapere".

Ma Veronesi non è il solo a smentire l'inefficacia del metodo Di Bella. Il Prof. Preziosi, farmacologo e membro del CUF, scrive sulla rivista della Società Italiana di Farmacologia: "Per quanto concerne uno dei componenti della cura Di Bella, la somatostatina o il

suo analogo (octreotide), una serie molto numerosa di osservazioni sperimentali eseguite su cellule tumorali umane, poste in vitro, ne hanno documentato l'attività antineoplastica in tumori della prostata, mammella, pancreas, colon, polmone, ed in altre forme di tumori solidi per i quali le terapie tradizionali si rivelavano a volte inefficaci".

Assomiglia alla guerra contro l'agopuntura. E' finita quando è divenuta materia "scientifica" e remunerabile. Purtroppo nel caso in questione il danno maggiore va a carico degli ammalati stessi che invece avrebbero bisogno di serenità nella loro lotta contro il tumore. Non si è capito anche il perché dell'intervento del presidente dell'Ordine dei Medici trentino, che pretendeva di condizionare le scelte politiche provinciali. Non si capisce in nome di che principi si possa giustificare un simile intervento in quanto non è materia deontologica ordinistica né etica poiché questo comporta disagio tra la gente comune e nella stessa classe medica. Una delle prime regole di deontologia ed etica non solo medica, è il rispetto delle persone compreso "l'altro" e quindi anche l'altro medico che magari non la pensa allo stesso modo su certe problematiche. E non è sufficiente riempirsi la bocca di belle parole se i fatti dimostrano il contrario, né sostenere o programmare campagne più o meno trasparenti (non da parte medica), contro il cancro, la sclerosi, la ricerca per le malattie genetiche e quanto altro se poi non riusciamo a rispettarci tra persone e tra medici in particolare.

Ma perché non si riesce a parlare tra persone che dovrebbero essere oltre che intelligenti anche particolarmente sensibile alla sofferenza umana? Qualcuno ha suggerito che è solo questione di potere, ma noi ci rifiutiamo di credere a questo. Un'occasione mancata da parte di chi in Consiglio Provinciale aveva l'opportunità di esprimere con saggezza un parere consapevole, al fine di aiutare i malati che si curano e possono testimoniare con referti diagnostici alla mano, l'efficacia della cura (così come prevedeva la legge), invece ha vinto la presunzione di credere che il progresso scientifico non sia in continua evoluzione. Non era solo la cura Di Bella in discussione, ma un appello in nome di valore fondamentale: quello della libertà dell'uomo e quindi della libertà di cura: Un bene al di sopra di ogni interesse speculativo. Peccato.

## LIBERTÀ DI CURA, UN DIRITTO DEL CITTADINO L'ANFCC DI TRENTO NON RINUNCIA

**D**urante questi ultimi mesi abbiamo cercato, guidati dal nostro presidente Luisa Tamanini e da Ezio Casagrande componente del direttivo, di farci sentire e dare voce alle nostre esigenze. In parte ci siamo riusciti per il riconoscimento ottenuto, in qualità di associazione inserita nel registro del volontariato trentino. In tal modo abbiamo avuto la possibilità di partecipare al primo meeting del volontariato trentino. L'iniziativa è nata in occasione dell'anno internazionale del volontariato. Nei giorni 27-29 ottobre 2000, l'Associazione ha ricevuto uno spazio espositivo all'interno del Centro Trentino Esposizioni, dove vengono allestite iniziative spesso legate al territorio, di carattere generale. Divisi per settori il nostro stand era stato assegnato a quello della salute e per pura coincidenza abbiamo condiviso il nostro tavolo con la Lega antitumore. Una convivenza provvisoria ma significativa, considerato che gli intenti dovrebbero essere gli stessi: aiutare i malati di tumore senza pregiudizi di nessuna sorte. Nel mese di dicembre, nei giorni antecedenti il Natale, siamo stati presenti con il nostro stand al mercatino natalizio in Piazza Fiera a Trento. In quella occasione abbiamo notato quanto il pubblico restava sorpreso nel constatare che il Professor Di Bella è ancora una realtà forte ed attiva più che mai. Nell'opinione pubblica c'è la convin-



zione che il problema si è esaurito con l'esito negativo della sperimentazione, frutto di una disinformazione voluta.

Grande soddisfazione per la visita del Professore a Verla di Giovo, un paese a poca distanza da Trento, il

### Il giudice: "Il malato ha diritto alla cura gratuita"

*"Con il presente ricorso il signor M. intende dare ingresso al giudizio di merito per ottenere la condanna dell'Azienda provinciale di Trento alla somministrazione gratuita dei medicinali per la prosecuzione del MDB e al rimborso delle spese sostenute dal marzo 2000 all'agosto 2001, in seguito all'ingiusta sospensione dell'erogazione gratuita dei predetti farmaci".* Ancora una volta è dovuto intervenire un giudice per garantire il diritto alla cura di un malato che si è visto negare la somministrazione della terapia, nonostante vi fossero gli estremi di legge che consentivano la prosecuzione. Un plauso va al giudice Michele Maria Benini della sezione Lavoro e Previdenza del Tribunale di Trento, per la tempestività nell'esecuzione del provvedimento.

Il malato affetto da neoplasia cerebrale (glioblastoma) aveva un'aspettativa di vita di sei mesi diagnosticata dal C.R.O di Aviano. Sottoposto alla sperimentazione nel protocollo sperimentale nel '98 con evidenti benefici terapeutici (regressione del tumore). L'Azienda su parere dell'oncologo però sospende l'erogazione dei farmaci, in netto contrasto con il provvedimento ministeriale che permette la gratuità della cura nel caso fosse dimostrata la non progressione di malattia. Per 17 mesi il malato si paga da sé la cura. Ora il Tribunale di Trento ha imposto all'Azienda l'erogazione della terapia, dopo gli accertamenti clinici a favore e il parere del medico curante. L'avvocato di fiducia del malato ha chiesto inoltre il rimborso delle spese farmaceutiche da parte dell'Azienda che "ingiustificatamente ed illegittimamente interrompeva la somministrazione dei farmaci senza che vi fosse alcun peggioramento della malattia e nonostante persistessero le condizioni per la prosecuzione del MDB ai sensi della legge 30.7.98 n. 257".

L'oncologia ufficiale lo aveva dichiarato incurabile, la terapia Di Bella lo tiene in vita da quattro anni, la sperimentazione aveva dimostrato l'efficacia del metodo, un oncologo dell'ospedale di Trento ha pensato bene di negare l'evidenza scientifica; il Tribunale ha restituito a questo malato il suo diritto a vivere. Ogni altro commento sarebbe superfluo.

quale ha accettato volentieri di presenziare ad una conferenza indetta in suo onore dal titolo: "Libertà di cura, un diritto del cittadino" e che si è svolta lo scorso 25 gennaio. Il Professore ha intrattenuto il folto pubblico con parole chiare e comprensibili la filosofia che sta alla base del suo metodo di cura, soffermandosi su esempi desunti dalla ricerca di molti scienziati, i quali sono stati osteggiati dal mondo accademico per le loro scoperte innovative nel campo della medicina e del progresso scientifico. Alla serata hanno partecipato in qualità di relatori, Adolfo Di Bella figlio del Professore, e Vincenzo Brancatisano, giornalista che ha illustrato un'inchiesta da lui svolta sulla sperimentazione, e pubblicata nel libro dossier "Un po' di verità sulla terapia Di Bella".

Alla conferenza ha partecipato tra gli altri, il dottor Pino Morandini, vice presidente del Consiglio Provinciale di Trento, promotore di una mozione a favore dei malati in cura con il MDB per l'assegnazione di un contributo economico. Purtroppo nella successiva discussione in aula la proposta (in appoggio ad una legge già esistente), la mozione è stata bocciata dalla maggioranza dei consiglieri, su suggerimento dell'Ordine dei Medici e da esponenti politici alla guida del Consiglio Provinciale. La discussione in aula a difesa della legittimità nel curarsi con la terapia del Professore, ha trovato un disinteresse quasi totale, nonostante fosse stata consegnata a numerosi consiglieri, una documentazione dettagliata ed approfondita che comprova la validità scientifica desunta dalla letteratura scientifica internazionale. Centinaia di studi clinici di fase II (sperimentati sull'uomo!) già comprovati con esito favorevole e riguardanti farmaci e sostanze utilizzate nel protocollo Di Bella. Fino al 1998 sono 1163 gli studi clinici sull'uomo che citano la somministrazione di somatostatina, melatonina, vitamina E, acido retinico, vitamine C, D, bromocriptina ecc. Sostanze che sono elencate negli informatori

scientifici nazionali e approvati dal Ministero della Sanità, quindi tutti prescrittibili.

Ci siamo resi conto che durante il dibattito, regnava sovrana la disinformazione e la strumentalizzazione nel sostenere l'inefficacia della cura, comprovata dalla bocciatura della sperimentazione. Il Consiglio Provinciale di Trento ha perso un'occasione irripetibile che avrebbe potuto dare sollievo ai tanti malati in cura. Non ci è sembrata una buona prova di responsabilità dimostrata da chi gestisce il bene pubblico. Una maggiore attenzione al problema, e ripetiamo con il supporto di incontestabili prove scientifiche, sarebbe stato di esempio per tutti. Il comportamento in aula di molti ha evidenziato una totale indifferenza e offensivo da parte di alcuni, spiegabile solo con una volontà di non riesaminare con coscienza e onestà morale, una questione vitale per i tanti malati che giornalmente affrontano gravi sacrifici economici per proseguire nella cura.

Ringraziamo in questa sede il dottor Morandini e gli altri consiglieri che hanno sostenuto con fervore la mozione a favore. Grazie di cuore al Professore che con la sua presenza ci ha voluto ancora una volta dimostrare il suo affetto e la sua solidarietà, convinti di seguire ancora di più le sue indicazioni a favore di chi soffre.

M.C. Guieu

*I familiari della carissima Maria Luigia Ridolfo in Roccabruna rispettando e condividendo le volontà della congiunta devolvono all'Associazione Nazionale famiglie Contro Il Cancro, la somma di £.1.300.000, offerta al funerale da parenti e amici, consapevoli che contribuiranno ad alleviare le sofferenze altrui, e alle ricerche per poter sconfiggere al più presto ogni tipo di tumore.*

*Graziano, Fabiano e Sara*

Pergine, 4 gennaio 2002

#### ASSOCIAZIONE NAZIONALE FAMIGLIE CONTRO IL CANCRO

via Conci 86 tel. 0461 916110 fax 0461 913755 - C/C postale 15828387

Sito: [www.alternativepervivere.com](http://www.alternativepervivere.com)

La rivista viene finanziata con le libere offerte che ci permettono di coprire le spese di pubblicazione. Facciamo appello alla vostra solidarietà: date voce ai malati e a quanti sostengono con grande sacrificio una battaglia contro il tumore. Per Vivere è l'unica testimonianza del lavoro di tutte le associazioni che si prodigano nel far riconoscere la validità del MDB. Inviateci le vostre testimonianze che raccontino come la cura intrapresa sia stata efficace. La voce del malato è importante. Chiedete anche al vostro medico curante di sostenere la diffusione, inviandoci la relazione clinica del vostro caso. Se la medicina ufficiale vi osteggia segnalateci i casi e noi ne daremo conto sulle pagine della rivista. Più siamo e maggiori saranno le possibilità di ottenere la libertà di cura.

## IL PROFESSOR LUIGI DI BELLA IN CAMPIDOGLIO

**A Roma, nella Sala della Protomoteca, l'incontro con la Regione Lazio**

**L**il 10 novembre 2001 presso la Sala della Protomoteca in Campidoglio, si è tenuto a Roma, organizzato dall'A.I.A.N., un incontro del Professor Luigi Di Bella con i cittadini della Capitale. A questo evento così importante ed emozionante, come sempre accade quando c'è la presenza del Professore, hanno partecipato Assessori e rappresentanti di vari Municipi del Comune di Roma ed il Presidente della Regione Lazio. L'Onorevole Francesco Storace nel suo discorso, oltre ad aver avuto parole di grande apprezzamento per il Professor Di Bella come Uomo e come Scienziato, si è impegnato ad affrontare e risolvere, almeno a livello regionale, i problemi che affliggono i pazienti che scelgono, tra mille difficoltà, di curarsi con questa Terapia. Abbiamo tutti preso atto con grande piacere di questa presa di posizione da parte di un politico che finalmente affronta una vicenda "scottante" come questa con una serietà che fino ad oggi ci era capitato poche volte di verificare. Pubblichiamo in altra parte del notiziario sia l'intervento integrale dell'Onorevole Storace, che la Delibera, con cui la Regione parzialmente affronta il discorso Terapia Di Bella. Aspettiamo tutti con fiducia che questo impegno formale si tramuti presto in provvedimenti operativi che possano finalmente risolvere aspetti insoluti di una vicenda che da troppo tempo attende una conclusione equa.



**Roma - Il Professor Luigi Di Bella con l'Onorevole Francesco Storace durante la conferenza nella sala della Protomoteca in Campidoglio**

### ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 21 DIC. 2001 DELLA GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO. DELIBERA N° 2041

#### OGGETTO: MISURE DI SOSTEGNO AI PAZIENTI ONCOLOGICI E ALLE LORO FAMIGLIE

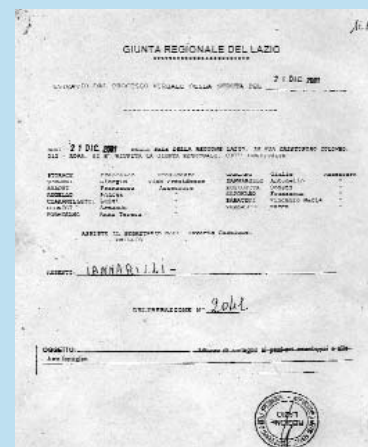
La Giunta Regionale è così costituita:

Presidente - Francesco Storace

Vice Presidente - Giorgio Simeoni

Assessori - Francesco Aracri, Andrea Augello, Luigi Ciaramelletti, Armando Dionisi, Anna Teresa Formisano, Giulio Gargano, Antonello Iannarilli, Donato Robilotta, Francesco Saponaro, Vincenzo Maria Saraceni, Marco Verzaschi.

Assiste il Segretario Dottor Saverio Guccione - Assente: Iannarilli



## INTERVENTO DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO ONOREVOLE STORACE ALL'INCONTRO CON IL PROF. DI BELLA IN CAMPIDOGLIO

**P**er vincere un male, soprattutto quando è grave, bisogna unire alle cure il coraggio e la voglia di combatterlo. Io oggi penso di essere di fronte a persone che hanno sfidato il destino, la burocrazia, i pregiudizi degli uomini, della scienza degli interessi di parte, per impegnarsi in una missione di civiltà alla quale si applicano con lo stesso coraggio che hanno nel contrastare la malattia. Ho accettato l'invito dell'AIAN e della sua presidente Patrizia Mizzon, perché in questi anni ho sempre guardato con ammirazione chi è arrivato a scendere in piazza per affermare il principio della "libertà di cura".

Ho sempre seguito con attenzione, pur da profano, gli studi del Professor Luigi Di Bella, che saluto caldamente, e oggi che sono alla guida della Regione Lazio, dico che la sua cura non deve cadere nel dimenticatoio. E' giusto che ci si continui ad interrogare, che si continui a dibattere, anche che ci si divida. Importante è che non si perda mai la speranza di porre rimedio al flagello del cancro.

Di Bella è medico tanto bravo quanto discusso, schivo quanto popolare, mite e umile per quanti importanti risultati sono stati attribuiti alla somatostatina ed al cocktail di farmaci che somministra ai suoi pazienti. Si possono compiere sperimentazioni più o meno accurate, se ne possono contestare i risultati, ci si può battere in tribunale perché le ASL siano obbligate a fornire gratuitamente il farmaco agli assistiti. Su tutto questo, dicevo, ci si può anche dividere, si può anche litigare. Il punto fermo è che Di Bella resta, in ogni caso, un medico che si applica al paziente, lo conosce per nome, ne stimola la reazione al male. E' un medico che decide la cura non in base ad un protocollo, ma esaminando lo stato di salute generale dell'uomo che ha di fronte e la sua capacità di reagire alla malattia.

E' un insegnamento che viene dal passato e che forse, nella corsa verso il benessere generale, nelle discussioni sulla società di massa, sulle vacanze di massa e sulle cure di massa, era stato dimenticato. Quando arrivai alla guida della Regione mi chiesi, tra le prime cose, cosa si sarebbe potuto fare per battere il cancro che, soltanto nel Lazio, colpisce 20mila persone ogni anno e ne uccide 13mila, il 30% delle quali al di sotto dei 65 anni. A febbraio ho istituito una Commissione oncologica, che ho presieduto personalmente, per affrontare il problema e in que-

sto contesto sono state discusse anche le problematiche relative alla cura Di Bella. Attualmente i nostri esperti stanno facendo accurate verifiche, per valutare i risultati sia della ricerca ufficiale sia di quella proposta dall'AIAN e da chi sostiene la "libertà di cura".

In Consiglio regionale poi, i gruppi della maggioranza hanno presentato, da tempo, una mozione affinché la Giunta, insieme con le ASL, valuti l'opportunità di erogare in regime di dispensala cura Di Bella. L'impegno che posso prendere oggi con tutti voi, con il Professor Di Bella, con i responsabili e i medici dell'AIAN, è che interverremo con decisione sui limiti della ricerca, perché chi soffre non può essere privato della speranza di guarire e di affrontare le cure con la dignità e l'assistenza necessaria.

Sapete bene che quando prendo un impegno vado fino in fondo. L'Amministrazione che ho l'onore di presiedere, del resto, ha già dimostrato di attribuire un'importanza decisiva al comparto sanitario, perché non si scherza con la salute dei cittadini. Siamo partiti proprio da una struttura destinata alla prevenzione e alla cura del cancro, il San Raffaele. Finalmente Roma ed il Lazio hanno un Polo oncologico che attendevano da trent'anni; ma Roma ha oggi anche un Policlinico in più, quello di Tor Vergata; e l'ospedale Sant'Andrea è finalmente una struttura operativa.

Vi dico tutto questo, perché anche chi, come il Professor Di Bella, non segue personalmente le vicende della Sanità laziale e romana abbia la percezione del modo in cui si sta muovendo l'amministrazione regionale. Noi guardiamo esclusivamente all'interesse del cittadino, proprio come lei, Professor Di Bella, che è andato avanti dritto per la sua strada malgrado i tanti ostacoli che le sono stati messi davanti. Il suo obiettivo è quello di sconfiggere il male, esattamente come il nostro obiettivo è quello di sconfiggere la democrazia, di dare ai cittadini un servizio efficace, in tempi rapidi, nella Sanità come in tutta la Pubblica Amministrazione.

E' un cammino lungo e difficile che abbiamo intrapreso con grande decisione. Anche noi, quotidianamente, troviamo ostacoli, e che ostacoli, sulla nostra strada. Ma non ci fermiamo e, anche guardando ad esempi come il suo, caro Professore, troviamo la forza di andare avanti, nell'interesse della comunità che siamo stati chiamati a governare.

## LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla sanità  
 PREMESSO che con propria deliberazione concernente "Piano di interventi nel settore oncologico" la Giunta regionale ha disposto l'adozione e lo sviluppo di una serie di azioni per la prevenzione dei tumori;

VISTE le mozioni del Consiglio Regionale n°170 del 29 ott. 2001 avente per oggetto "Tutela di libertà di cura per la scelta di terapie biologiche" e n° 174 del 14 nov. 2001 avente per oggetto "Multiterapia Di Bella";

CONSIDERATO che entrambe le mozioni impegnano la Giunta ad adottare provvedimenti per il sostegno alle famiglie con pazienti oncologici;

RITENUTO che occorra sostenere le famiglie con pazienti oncologici residenti nella Regione Lazio che si trovano in condizione di disagio economico e sociale, in relazione all'intensità degli interventi ed al reddito accertati dall'Azienda sanitaria di appartenenza;

RITENUTO OPPORTUNO a tal proposito di dover provvedere all'adozione di uno specifico provvedimento che individui:

- i destinatari degli interventi,
- le procedure e l'entità del contributo economico da erogare,
- i limiti del reddito posti come condizione per l'erogazione del contributo stesso;

VERIFICATA altresì la disponibilità di alcune Aziende sanitarie della Regione a consentire, in caso di ricovero per patologie intercorrenti di pazienti oncologici in trattamento con la MDB, la prosecuzione del trattamento secondo specifici protocolli concordati con il medico di fiducia dell'assistito;

CONSIDERATO che tale ipotesi garantisce il diritto della libera scelta del trattamento da parte dell'assistito e nel contempo consente allo stesso di usufruire delle prestazioni del SSR rispetto alle sopraggiunte ulteriori patologie;

All'unanimità

**DELIBERA**

Per le motivazioni di cui in premessa che si intendono approvate:

- Di assicurare il sostegno economico alle famiglie con pazienti oncologici residenti nella Regione

che versino in condizioni di disagio economico e sociale.

- Di rinviare a specifico provvedimento la definizione dei criteri per l'erogazione del contributo alle famiglie che assistono familiari con patologia oncologica e l'individuazione della fonte del finanziamento necessario.
- Di autorizzare le Aziende sanitarie, a consentire in caso di ricovero per patologie intercorrenti di pazienti oncologici in trattamento con la MDB la prosecuzione del trattamento secondo specifici protocolli concordati con il medico di fiducia dell'assistito.

IL PRESIDENTE: *F.to Francesco STORACE*

IL SEGRETARIO: *F.to Dott. Saverio GUCCIONE*



## IN FIAMME GLI UFFICI DELL'A.I.A.N DI ROMA

Un incendio ha completamente reso inagibili i locali



Quello che resta della segreteria degli uffici dell'A.I.A.N. di Roma

"Piove sul bagnato!" è proprio il caso di dirlo, perché in un momento così difficile per la nostra Associazione, l'incendio che ha completamente distrutto i nostri uffici, sta mettendo a dura prova la nostra volontà di continuare comunque questa battaglia che ci vede in prima linea da cinque anni. Come tutti gli amici delle altre Associazioni Confederate, che operano per l'affermazione della Terapia Di Bella ed a sostegno dei pazienti che la scelgono, ci muovevamo già tra mille problemi; problemi di vario ordine ma soprattutto economici perché non appartenendo a circuiti privilegiati, abbiamo grandi difficoltà a reperire i fondi necessari per andare avanti. In questa situazione, sempre precaria, che in alcuni momenti ha messo in discussione la nostra stessa sopravvivenza come Associazione, un evento "sfortunato" come questo è stato un colpo durissimo. Avevamo, la scorsa estate, con grandi sacrifici e con l'aiuto di

persone di buona volontà, ristrutturato l'appartamento ed attivato un consultorio medico gratuito per offrire, ai pazienti che ne facevano richiesta, un primo contatto con un dottore in grado di informarli sulla M.D.B. ed eventualmente di prescriverla.

Settimanalmente, veniva poi una psicoterapeuta che teneva una terapia di gruppo per pazienti in terapia che ne avessero la necessità. E' il caso di dire che abbiamo visto tutto questo andare in fumo...insieme ai computers ed agli arredi. Comunque dopo un primo momento di inevitabile, profondo sconforto siamo ricominciando quasi da zero a risollevarci e speriamo, nel giro di qualche settimana, di poter riattivare i nostri uffici ed i nostri servizi più importanti per tornare ad essere, con l'aiuto degli amici e degli associati, un punto di riferimento per chi cercherà in noi un sostegno nella sua dura battaglia contro la malattia.

SITO INTERNET  
[www.aian.org](http://www.aian.org)  
e-mail: [info@aian.org](mailto:info@aian.org)

**aian**

ASSOCIAZIONE ITALIANA ASSISTENZA MALATI NEOPLASTICI

Via Magna Grecia 39 - 00183 ROMA • Tel. 06/77200984 - 06/77201318 - Fax 06/7009397

C/C Postale n. 92829001

C/C Banca di Roma n.10/31 Ag.100 ROMA ABI 03002 - CAB 05001

C/C Cariplo n.2982/1 Ag.14 ROMA ABI 06070 - CAB 032147



## LE INIZIATIVE

**L'**A.I.A.N. di Modena continua la sua attività quotidiana per sostenere gli ammalati che hanno scelto di utilizzare la terapia del Prof. Luigi Di Bella. L'Associazione cerca sempre di essere presente in tutte le manifestazioni esterne che si svolgono sul territorio provinciale per diffondere il materiale che presenta l'Associazione stessa, per farla conoscere ai cittadini, e presentando le pubblicazioni che raccontano esperienze vissute e che entrano nel merito della terapia. In questi ultimi mesi abbiamo partecipato al Raduno Internazionale delle moto d'epoca che si è svolto a Modena, alla Fiera dell'Aceto Balsamico tenutasi in città, alla Festa del Lambrusco a Castelvetro. L'Associazione ha inoltre organizzato una cena di beneficenza per raccogliere fondi, presso la Polisportiva Virtus Modena che ci ha gentilmente messo a disposizione la sede e che ci ha consentito di presentarci ai 100 partecipanti all'iniziativa. Siamo stati presenti anche ad un incontro organizzato da una Associazione di Grignasco (NO) nel quale è stata presentata l'A.I.A.N. di Modena in una iniziativa pubblica che ci ha consentito di illustrare lo scopo e le attività che svolgiamo per aiutare gli ammalati. Il 22 febbraio c.a., infine, abbiamo organizzato alla Camera di Commercio di Modena un incontro pubblico nel quale il Prof. Di Bella ha parlato sul tema della febbre. Tut-

to questo non sarebbe stato possibile senza il contributo preziosissimo dei volontari dell'Associazione che si sono impegnati per la riuscita di tutte le iniziative e ai quali va rivolto un sincero ringraziamento. L'A.I.A.N. di Modena, inoltre, continua l'impegno consistente dal punto di vista quantitativo e oneroso dal punto di vista economico, per quanto riguarda la presentazione dei ricorsi legali davanti ai Giudici per chiedere il diritto alla gratuità della terapia. L'Associazione ha deciso anche di chiedere un incontro all'Assessore alla Sanità della Regione Emilia Romagna per allargare il più possibile il riconoscimento del diritto all'"assegno di cura" (pari ad un massimo di £.30.000 giornaliere) agli ammalati che utilizzano la terapia del Prof. Di Bella. Questa potrebbe essere una parziale risposta ad uno dei problemi che gli ammalati debbono affrontare e cioè quello del costo della terapia che non rientra nel SSN; provvedimento, questo, già assunto e già operativo nella Regione Toscana.

Associazione Italiana Ammalati Neoplastici Modena "Maria Teresa Rossi"  
via San Giovanni Bosco 163 b/c 41110 MODENA  
tel. 059 212053 fax 059 4390087

C/C Postale intestato Aian Modena n.854632 (ABI 5387 CAB 12905) presso  
Agenzia 5 di Modena della Banca popolare dell'Emilia Romagna  
C/C postale intestato a Aian Modena n. 101854411 C.P. 81 Modena 2  
L'Associazione è aperta al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 16 alle ore 19  
Sito Internet: <http://www.dibella.org/>

La mia storia comincia nel Maggio 2001. Un mattino, mentre facevo la doccia, mi sentii un nodulo al seno. Premetto che ne ho altri, dovuti ad una mastopatia fibrocistica di vecchia data, ma questo lo sentivo diverso, anomalo nel mio corpo, perciò mi sottoposi subito ad una mammografia. Il responso confermò i miei dubbi e mi fu consigliato l'intervento chirurgico. Fui assalita dai sentimenti che credo abbiano provato tutti gli ammalati neoplastici: incredulità, ribellione ed infine la decisione di sottopormi all'intervento. Avevo sempre detto che, in caso di necessità, avrei optato per la terapia del Prof. Di Bella e rifiutato la chemioterapia e tutte le cure tradizionali e così feci. L'incontro con il Professore fu per me una grande emozione: sapevo di trovarmi di fronte ad un uomo vero e straordinario, ad uno scienziato di grande levatura, un uomo di incredibile modestia e signorilità. Dall'agosto del 2001 seguì il suo protocollo, continuo a condurre una vita molto attiva e piena di interessi, inoltre sono convinta che il cancro si possa sconfiggere anche se impariamo a non averne paura e a convivere con lui esattamente come conviviamo con altre malattie o con gli acciacchi della vecchiaia. L'unico "neo" della mia vicenda è il costo economico della terapia. A questo proposito mi sia concessa una riflessione: i tossicodipendenti e gli alcolisti, a volte pericolosi per sé stessi e per gli altri, non possono essere costretti a curarsi perché ciò lederebbe la loro libertà di cittadini. Io che non sono pericolosa, sono capace di intendere e di volere, pago regolarmente le tasse e il Servizio Sanitario Nazionale, devo curarmi come vogliono gli oncologi e se scelgo una cura diversa me la devo pagare. Questo non lede la mia libertà di cittadina? Vorrei che, chi di dovere, mi rispondesse in proposito.

*Meris Riccò*

Mi chiamo M.C., sono una paziente di 40 anni di Modena che, come tante altre persone, non sono entrata nella sperimentazione, né negli studi osservazionali, poiché colpita da una patologia non compresa nei protocolli ministeriali: il carcinoma renale. Il 17 giugno 1995 mi reco al pronto soccorso e la dottoressa di turno mi diagnostica "dolori addominali di verosimile pertinenza mialgica", cioè un problema muscolare, dopo avere ritenuto "non necessaria" una ecografia addominale. Su insistenza del mio medico di famiglia il giorno dopo faccio una visita in una clinica privata a pagamento; qui scoprono un carcinoma al rene destro di circa 10 centimetri. Mi asportano il rene d'urgenza, sempre nella stessa clinica, anche su consiglio del Prof. Di Bella che la mia famiglia conosceva da tempo.

Una volta fatto l'intervento decido di non sottopormi ai cicli di chemioterapia che mi vengono prontamente proposti, come succede in casi del genere. Esprimo questa mia decisione al professore che mi aveva appena operata, un luminare della medicina modenese, che mi dà ampia libertà, ma aggiunge: "io non mi fiderei assolutamente". Ma, come avevo deciso, inizio la terapia del Prof. Di Bella. Fino al 2000 ho scrupolosamente seguito la terapia; non essendomi presentata alcuna recidiva, ne ho iniziato una di mantenimento che oggi continuo a seguire. Ho deciso di raccontare la mia storia per portare la mia testimonianza diretta sulla efficacia del Metodo Di Bella e con la speranza di essere di aiuto a tutte quelle persone a cui potrebbe essere diagnosticata questa malattia a non avere paura di una terapia diversa perché non riconosciuta ufficialmente, ma che in tanti ammalati che ho personalmente conosciuto, è risultata vincente.

*Mariangela C.*

## LA NASCITA DELL'ASSOCIAZIONE

**Q**uesta Associazione nasce con Orlanda, nel momento che scopre di essere malata e di non potere, ne volere continuare ad essere sottoposta ad una terapia devastante, distruttiva, quale è la chemioterapia. Inizia così il lungo percorso verso una vita nuova, unita alla terapia del Prof. Di Bella. Una vita sicuramente più dura da un punto di vista sanitario e burocratico che si oppone con ogni forza alla cura, cercando di vietare l'uso di medicinali elevandone i costi sino all'impossibile, se non addirittura a renderli introvabili. Da un punto di vista umano ci si rende conto di poter affrontare, superare e migliorare le condizioni di vita mantenendo quella dignità che non può e non deve mai venir meno. E' questa l'idea che porta alla creazione nel mese di maggio del 1998 dell'Associazione Pro Malati Neoplastici.

### INTENTI DELL'ASSOCIAZIONE

E' aperto il tesseramento per l'anno 2002 eseguibile nella nostra sede dove avrete anche la possibilità di sostenere questa associazione con un piccolo contributo.

L'associazione si prefigge di dare possibilità a tutti di curarsi secondo la libera scelta contattando medici che praticano con umiltà e professionalità il metodo messo appunto dal Professor Luigi Di Bella.

Assistere il malato materialmente e psicologicamente nei primi giorni di cura. Cercare di rendere tale

scelta concreta anche da un punto di vista economico, provvedendo l'Associazione stessa alla raccolta di fondi necessari all'acquisto dei medicinali, grazie all'organizzazione di attività di beneficenza.

Collabora con tutte le altre Associazioni italiane nate per aiutare i malati e con il fine primario di riuscire al più presto ad affermare la validità della terapia.



### ASSOCIAZIONE PRO MALATI NEOPLASTICI "Di Bella"

**via della Pietà 1 00013 Mentana Roma**

Banca di Credito Cooperativo di Roma Agenzia N. 40 di S, Lucia Mentana (Roma) C/C bancario n. 5442/08 intestato all'associazione.

Cassa di risparmio di Rieti agenzia di Mentana C/C n. 3010024, intestato all'associazione Cab 391904 -Abi 62802.

L'associazione è aperta tutti i martedì e venerdì dalle ore 16 alle ore 19 e il sabato dalle ore 9 alle ore 13.  
Tel. 06 90015965 cell. 338 7064718

Sito: [www.assoprodibellamentana.org](http://www.assoprodibellamentana.org)

E -mail [Orlymdb@openaces.it](mailto:Orlymdb@openaces.it)

L'associazione è presente in FM 94.200 di BBS Radio Attiva con **"INCONTRI RAVVICINATI"**

Sito [www.incontriravvicinati.org](http://www.incontriravvicinati.org) tutti i giovedì dalle ore 19 alle ore 20. Il programma è autogestito e si occuperà delle problematiche sulla "Libertà di Cura" e non solo. Gli ascoltatori possono intervenire in diretta al numero 06 4380469 con Alessandro, Mauro, Orlanda e con interventi di medici che seguono il MDB. Per sms 328 7231698 E-mail: [lacuradb@iol.it](mailto:lacuradb@iol.it). In replica tutta la settimana su Internet.

## UNA SENTENZA PER IL DIRITTO ALLA CURA

### Il giudice

Esaminata la documentazione di causa; a scioglimento della riserva che precede;

Osserva

... Sulla base della documentazione prodotta e delle informazioni testimoniali rese dalla specialista in oncologia (...) medico curante del ricorrente, è risultato quanto segue. R.F. è affetto da carcinoma polmonare. Sottoposto a ciclo di chemio senza effetti positivi.

La neoformazione non regredi, il pz., subì un peggioramento delle condizioni cliniche che non gli consentì di effettuare un altro ciclo di chemioterapia, né di sopportare l'intervento chirurgico preventivato dai medici all'inizio della malattia. Il medico curante ha, viceversa, riferito di aver constatato un miglioramento della malattia per effetto dell'assunzione, da parte del pz., di 1 mg., di octreotide secondo il MDB.

In particolare la riduzione della neoformazione, l'assenza di versamento pleurico, la scomparsa di febbre e di affanno, un aumento del peso corporeo. Ha quindi attestato l'indispensabilità del farmaco per il pz., al fine di scongiurare la progressione della malattia da assumere a tempo indeterminato, almeno finché non venga riscontrata una regressione quasi totale della neoformazione. (...) Va rilevato sotto il profilo del "fumus boni iuris", che la somministrazione di terapia di possibile efficacia a malati i quali, per le più disparate ragioni (intolleranza, comprovata inefficacia individuale, particolare deperimento fisico), non possono più fruire dei trattamenti clinici già accreditati costituisce concreta attuazione del precetto fondamentale di cui all'art. 32 della Costituzione.

Ritiene il giudicante, conformemente a quanto affermato di recente dal Supremo Collegio, che il diritto all'assistenza farmaceutica, articolazione del diritto alla salute di cui al cit. art. 32 Cost., comprende la somministrazione di farmaci, che, sebbene non inclusi nella classificazione di cui alla lett.a) dell'art. 8L.24/12/93 n. 537, risultino indispensabili per il trattamento di gravi condizioni o sindromi morbose che esigono terapie di lunga durata.

Conseguentemente, sussiste il diritto al rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di un farmaco con le caratteristiche indicate rilevante la mancata registrazione del farmaco stesso in Italia. A tal fine,

il giudice deve disapplicare l'atto di classificazione che, in contrasto con l'art. 32 Cost., non include il farmaco in questione (...).

Pertanto, il riscontro costo proibitivo, per chiunque non sia più che benestante, di 1 mg al dì di octreotide deve essere assunto dal S.S.N. (...) Va ordinata alla convenuta A.S.L l'erogazione immediata e gratuita, al ricorrente, di 1 mg. Al dì di octreotide a tempo indeterminato.

*Il Giudice del Lavoro F.G.*

Tivoli 4.12.2001

### Spettabile Associazione

*Come anticipato telefonicamente, in agosto abbiamo ricevuto la macchinetta per la somatostatina, che vi restituiamo nella speranza che possa aiutare un altro malato di tumore, mio padre Ilio, al quale nel dicembre 2000 era stato diagnosticato un adenocarcinoma delle vie biliari, è purtroppo scomparso.*

*Nel riconsegnarla spero fortemente che nella macchinetta sia rimasta imprigionata un po' di quella forza d'animo, determinazione a non rassegnarsi, coraggio di lottare e voglia di vivere che sono stati tratti distintivi dell'intera vita di mio padre e caratteristiche ancor più marcate durante il decorso della sua malattia e fino agli ultimissimi istanti. Accompagno con questa mia lettera la riconsegna perché questa azione sia come un ideale consegna del testimone, nelle mani di un malato bisognoso da parte di mio padre, che malato, ha saputo essere un vero esempio di dignità e coraggio anche nella morte.*

*Nella sua memoria e sapendo di interpretare un suo desiderio, in luogo dei fiori abbiamo invitato i parenti e i numerosi amici ad una raccolta di denaro che, appena terminata, vi sarà donato tramite un bonifico al numero di conto da lei indicati. Vogliamo dirle sinceramente grazie per la sua gentilezza e disponibilità e voglia porgere a tutti i membri dell'Associazione i nostri più sentiti ringraziamenti per tutto ciò che voi quotidianamente fate e rappresentate.*

Famiglia Massari

## IL COSTO DELLA CURA

Il grande problema che angoscia alcuni pazienti che praticano la Multiterapia Di Bella è quello economico. Anche se il prezzo della somatostatina è notevolmente calato, la cura viene a costare mediamente da £.1.200.000 al 1.500.000 al mese, cifra notevolmente più alta se la cura richiede l'octreotide al posto della somatostatina, per non parlare poi della LAR, che viene a costare milioni. Ma tenendoci al livello minimo, cioè all'uso della somatostatina, la cifra è sempre più alta per chi ha solo una pensione minima o per chi, pur avendo una pensione statale, è solo e pertanto deve far rientrare in quella pensione tutte le altre spese di sopravvivenza. Non è giusto quindi che la differenza fra la vita e la morte dipenda dalle possibilità economiche, e ben hanno sentenziato i magistrati che hanno obbligato le Asl alla somministrazione gratuita dei farmaci relativi alla Multiterapia in virtù del principio costituzionale sancito dall'art. 32 sul diritto alla salute. Ma anche il ricorso alla magistratura presenta i suoi problemi: non esistono sentenze univoche in tutto il territorio nazionale, per cui si crea una disparità di trattamento, anche questa incostituzionale.

Il Ministero della Salute è sordo al richiamo dei cittadini che praticano cure alternative, non avendo avuto benefici da quelle ufficialmente ammesse al rimborso. Per fortuna stanno cominciando a capire il problema le Regioni. Pensiamo sia utile lodare l'iniziativa della Regione Toscana, la quale, sensibile al problema, con delibera del 17 maggio 2001 ha previsto un rimborso fino al limite di £. 30.000 giornaliero per chi pratica cure alternative, dimostrando di non aver tratto benefici da quelle riconosciute, o non potendo curarsi in altro modo. La delibera è strutturata in modo che non si risolva in una beffa come in altre regioni, ma permette veramente un aiuto sostanziale al malato ed alla sua famiglia. Ovviamente la cura deve essere prescritta da un medico e deve essere accompagnata dalla relazione del medico di base, oltre alla presentazione dei documenti di spesa presso le farmacie pubbliche o private riconosciute dalle Asl. Già in alcuni pazienti sono stati ammessi a questa forma di rimborso, che pur non coprendo l'intera spesa, la rende molto più leggera ed affrontabile. Ciò si deve soprattutto all'insistente opera dell'Associazione fiorentina A.T.S.A.T, e credo che questa sia una via che molte associazioni dovrebbero battere per aprire la strada ad una riconsiderazione di tutta la questione.

Un altro problema non indifferente è la mancata unificazione dei sistemi di analisi praticati dai vari laboratori, spesso anche nella stessa regione. Ciò crea degli intralci ulteriori per il loro confronto e controllo di attendibilità. Non è possibile avere un sicuro affidamento se due Asl praticano sistemi diversi, reagenti e macchinari diversi. Questo problema non è specifico delle nostre patologie perché le riguarda tutte in generale anche se non potrà certo essere risolto in breve tempo, ma sarebbe bene che gli organi centrali e regionali preposti cominciassero a prenderlo in seria considerazione.

*Elena Degl'Innocenti Pastorelli*  
(Presidente)

**COMITATO PER LA DIFESA  
DELLA LIBERTA' DI CURA  
VIA GOLGI 44 - 52100 AREZZO  
tel. 0575 3282275  
C/C postale n. 33707514**

## DISCORSO DI BENVENUTO

Buon pomeriggio e grazie per essere intervenuti. Un particolare ringraziamento al Professor Luigi Di Bella che ci ha onorato di presenziare a questo incontro, al Presidente della provincia regionale di Catania, onorevole Nello Musumeci, che ha permesso che tutto ciò avvenisse, e al Sindaco di Acireale, Nino Nicotra che ci ha ospitato in questa meravigliosa città. L'Aians Sicilia ha voluto organizzare questo convegno dal titolo: "Cura Di Bella Nuove prospettive" in coincidenza con l'inaugurazione della sede dell'Associazione. L'Aians Sicilia, come le altre associazioni nate in altre regioni d'Italia e riunite in una federazione che ha sede a Modena, si prodigherà assieme a tutti coloro che vorranno aderire, a dare le informazioni e sostegno sia materiale che morale, a quanti sono colpiti da patologie gravi come le neoplasie o la sclerosi multipla. L'Associazione intende orientarsi verso una cura biologica, innovativa e priva di tossicità, individuata nel metodo formulato dal Professor Di Bella. Questo affinché si possa assicurare la guarigione, o comunque, un prolungamento ed una migliore vita. L'Aian si propone inoltre di cercare di far riconoscere al paziente il diritto di libertà di cura, con l'interessamento e la sensibilizzazione del nostro parlamento regionale, dei giudici e delle aziende sanitarie locali. Altro obiettivo, altrettanto importante, sarà quello di cercare di indirizzare il malato dai vari medici che applicano la terapia Di Bella, cercando di evitare quelle forme di sciacallaggio, di medici e farmacie, che a tutt'oggi purtroppo sono attivi.

Oggi è per me un giorno importante. Pur essendo la seconda volta che il Professor Di Bella ci onora della sua visita, è sempre una grande emozione, sia da un punto di vista umano che professionale. Umana perché il Professor Di Bella incarna come uomo, quei valori come l'amore e la pace, che spesso sono messi da parte e che il Professore con la sua figura onesta e carismatica ha cercato sempre durante la sua vita di trasmettere al prossimo. E' un'emozione anche professionale perché il medico scienziato qual è il Professor Di Bella è stato ed è tuttora, maestro dell'arte medica e scienziato di fama mondiale. Sono onorato ed orgoglioso di averlo avuto come punto di riferimento nella vita e maestro della professione medica. Fare il medico e curare con il metodo del Prof. Di Bella non è sicuramente un compito facile, soprattutto quando, alle sofferenze del paziente, si aggiungono anche gli ostacoli burocratici, e le strutture sanitarie pubbliche orientate verso terapie mediche convenzionali, negando quella libertà di cura che secondo la nostra Costituzione deve essere legittima. E' triste dover assistere impotenti alle sofferenze o alla morte, molte volte provocate da altre terapie. In tutto questo c'è una nota di grande amarezza e delusione, dovendo anche constatare come altri debbano decidere la vita o la morte di un malato. Decisione dettata da quelle forme di interesse che hanno coinvolto molti, tra cui una parte della classe medica, che si ostina a perseverare con terapie rese ufficiali, ma brutali. Oggi l'opinione pubblica non è resa realmente edotta di cosa sia il cancro. Viene illusa da pseudo - statistiche, che fanno credere che il cancro sia un problema in alta percentuale risolvibile. In circa 50 anni di brutale attuazione e studi di terapie anti cancro, non c'è la soluzione che si credeva poter avere. Quindi perché continuare usando l'uomo come cavia e orientarsi invece verso altre terapie biologiche, che rispettano quella che è la fisiologia umana, senza intaccare le funzioni organiche vitali, e quindi senza dare effetti collaterali?

*Dott. Michele Cosentino*

**ASSOCIAZIONE ITALIANA AMMALATI  
NEOPLASTICI E SCLEROSI MULTIPLA  
SICILIA ONLUS  
Via Ten. Nicola Maueri, 20 - 95025 Aci S. Antonio (CT)  
Tel. 095/7021249 - Fax 095/7021163**



## L'ESPERIENZA DI UN MEDICO

*In questo numero vi proponiamo la testimonianza del dott. Vittorio Zocchi che si è reso disponibile nel raccontarci la sua esperienza con la multiterapia*

**C**ome medico che applica da tanti anni il metodo del prof. Di Bella per la cura del cancro, posso oggi fare le seguenti osservazioni. Il cancro è una malattia terribile e subdola. Nonostante certe statistiche porta alla morte, prima o poi, la maggior parte dei pazienti. Pertanto non mi fido anche quando sembra che lo abbiamo sconfitto. In sostanza si può affermare che di cancro non si guarisce mai, ma è possibile conviverci per lunghi periodi di tempo.

Le possibilità di sopravvivenza più o meno lunghe dipendono dalla precocità della diagnosi. E' errato dire che con i mezzi diagnostici si fa la prevenzione. Con la mammografia, la TAC, la RMN ecc. si fa la **diagnosi precoce**. Questa è importantissima perché permette di intervenire chirurgicamente e spesso la chirurgia, anche da sola, riesce a regalare al paziente lunghi anni di sopravvivenza con un'ottima qualità di vita. Spesso quando il cancro ha dato metastasi ad uno o più apparati (fegato, polmoni, scheletrico ecc.) la chirurgia serve a poco se non a volte a peggiorare una situazione già drammatica. L'unica prevenzione efficace che conosco è quella basata sulla somministrazione di **RETINOIDI, VITAMINA E MELATONINA**. Vi sono studi in merito a carattere internazionale sui retinoidi, ed uno in particolare portato a termine da poco dall'Harvard Medical School che ha coinvolto oltre settantotto mila infermiere per circa dieci anni (dal 1988). In questo studio, pubblicato sul Journal of National Cancer Institutut, è stato documentato un aumento del cancro al seno delle infermiere che hanno fatto turni di notte fino al 36% in più. Gli studiosi americani spiegano questi risultati con la mancanza di melatonina, la cui produzione fisiologica è notturna. Questi risultati danno piena ragione alla teoria del professore Luigi Di Bella che da ormai un quarto di secolo adopera la melatonina in forma "coniugata" nella cura e prevenzione dei tumori.

La terapia con il metodo Di Bella funziona molto bene quando il paziente non è stato sottoposto a chemioterapia in precedenza. Tutti o quasi i casi di lunga sopravvivenza, che ho tra i miei pazienti, non hanno mai fatto chemioterapia o ne hanno fatta pochissima, e parlo di tumori inoperabili con prognosi "quad vitam" di pochi mesi ma che sopravvivono

bene da parecchi anni. Riservando in altra sede di presentare questi numerosissimi casi con tanto di pazienti e documentazione clinica vi cito solo l'ultimo in ordine di tempo. La signora M. di 39 anni si presenta da me il 30.08.2001.

Aveva tenuto nascosto il suo tumore maligno al seno destro per circa venti mesi. Quando non ha potuto più nascondere il grave stato di malattia neoplastica da cui era affetta soprattutto al fratello che è medico, ha dovuto suo malgrado sottoporsi ad un esame TAC. Il tumore della mammella si era ulcerato e la massa tumorale aveva reso duro e di volume quasi doppio dell'altra la mammella stessa. Vi erano linfonodi visibili alla regione laterale del collo e alla regione sovraclaveare destra. Da uno di questi linfonodi è stato fatto l'esame istologico risultato positivo per carcinoma.

Ma meglio di tutto è leggere il referto dell'esame TAC del 21.08.2001 che rivela, purtroppo, metastasi alle ossa, polmoni, fegato, e mediastino. Dopo circa 50 giorni di cura Di Bella la signora non aveva più dolori alle ossa, il marker CA.15.3 era sceso da 996,5 a 157,6 (8.11.2001) l'ulcera della mammella si è chiusa e l'escara è caduta lasciando il seno libero e di dimensioni rientrate nella norma. I linfonodi latero cervicali sovraclaveari ed ascellari destri erano visibilmente scomparsi. Una TAC torace addome con mezzo di contrasto eseguita in data 24.01.2001 a distanza, cioè, di 5 mesi dall'inizio della terapia Di Bella dimostra la scomparsa completa delle metastasi polmonari e mediastiniche e la netta riduzione delle metastasi ossee ed epatiche e conferma la scomparsa dei linfonodi del cavo ascellare destro. Il marker tumorale CA15-3 è sceso a 39 valore massimo è 38,6 (17.01.02). Vi allego i referti delle due TAC firmate dallo stesso radiologo, che inutile dire è rimasto stupefatto di un simile risultato. I casi che insieme a questo vorrò pubblicamente presentare si riferiscono a pazienti che con il tumore della mammella o di altri organi con metastasi al fegato ed alle ossa hanno seguito l'iter classico di cura: chirurgia, chemioterapia, radioterapia e che non hanno mai avuto un arresto, né tanto meno una regressione delle lesioni metastatiche. Iniziata la terapia del professore Di Bella hanno avuto un lento ma progressivo miglioramento. Riduzione delle metastasi epati-

che in numero e dimensione, netto calo del marker CA15-3 in un caso rientrato nella norma. I dolori ossei sono scomparsi quasi completamente (dovremo fare una scintigrafia ossea).

*dott. Vittorio Zocchi*

**Data Esami: 21.08.2001**

**Esami eseguiti: TC TORACE SENZA MEZZO DI CONTRASTO - TC ADDOME SUPERIORE SENZA MEZZO DI CONTRASTO**

Esame eseguito unicamente in condizioni basali per rifiuto della paziente a ricevere mdc ev.

Si rilevano i seguenti reperti (in pz con nota etp mammaria Dx localmente avanzata):

- multiple adenomegalie nel cavo ascellare DX
  - esiti pleuro-parenchimali biapicali
  - due micronoduli localizzati, rispettivamente, nel segmento apicale del LSSn e nel segmento dorsale del LSDx
- V due millimetriche aree di aumentata densità parenchimale a vetro smerigliato, a carattere pseudonodulare, localizzate, rispettivamente, nel segmento apicale del LIDX e nel segmento anteriore del LSDx
- sottile stria densa nel segmento anteriore del LSSn in sede periferica sub pleurica
  - alcuni linfonodi con asse corti max attorno o sotto il cm in sede media stinica prevascolare dx, tra-cheobronchiale dx e sottocarenale
  - tre lesioni focali epatiche localizzate, rispettivamente, nei segmenti I (2,5cm) e V-VI (due, delle dimensioni rispettivamente di 1 e 1,5 cm circa).
  - grossolana lesione osteolitica a carico della metà Dx della porzione medio-distale del manubrio e della porzione prossimale del corpo sternali con estensione delle parti molli sia anteriormente sia posteriormente (in corrispondenza dei vasi mammari interni, ove non risulta possibile una sicura distinzione con adenomegalie eventualmente presenti).
  - lesioni osteolitiche a carico del soma di D2, D4, D5 e L4
  - lesione osteolitica del tratto medio della V costa SN.

**24-01-2002: TC TORACE, ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC EV**

Esame messo a confronto con un precedente eseguito in data 21.08.2001

Al controllo odierno si apprezza un netto miglioramento dei reperti precedentemente segnalati, in particolare si documentano attualmente i seguenti rilievi:

- riduzione volumetrica delle adenomegalie a sede ascellare dx con presenza oggi di un solo linfonodo dimensionalmente ai limiti della significatività (asse corto max centimetrico)
- assenza di distinte modularità in ambito parenchimale polmonare bilateralmente
- assenza di linfadenomegalie dimensionalmente apprezzabili in sede mediastinica
- netta riduzione volumetrica delle focalità epatiche precedentemente descritte a livello dei segmenti I e V-VI; microfocalità a carico del II segmento, in sede sottoglissoniana laterale, non distintamente apprezzabile nell'indagine di riferimento (eseguita comunque solo in condizioni basali)
- vena renale sn a decorso retroaortico
- marcata regressione dell'interessamento osseo con aspetto maggiormente strutturato (osteoaddensante) dei segmenti scheletrici sede di secondarismi; in particolare a carico dello sterno si documenta riduzione subtotale dell'estensione nelle parti molli limitrofe.

## UN REGALO CHE VALE UNA VITA

*Il mio calvario è cominciato nel settembre del 1997, a 47 anni, quando, dopo una T.A.C. per problemi respiratori, mi fu comunicato che si trattava di un tumore polmonare. Mi fu consigliato di farmi visitare da uno stimato professore di Firenze, il quale mi confermò la diagnosi.*

*Decisi di farmi ricoverare al C.R.O. di Aviano (Pn). Rimasi in quella clinica per circa un mese durante il quale fui sottoposta a tutti gli esami diagnostici (T.A.C., scintigrafia, mammografia ecc) e a conclusione dei suddetti esami, il responso fu: carcinoma solido spinocellulare con localizzazione di tre massorelle solide nel mediastino con scivolamento sulla Pleura.*

*La cura? Cinque cicli di chemioterapia ogni 21 giorni ma senza nessuna garanzia di successo. Dopo i primi tre cicli di chemioterapia, molto debilitanti, secondo il parere dei dottori del C.R.O., di altri dottori dell'Istituto Tumori di Milano e di insigni oncologi, le speranze di vita erano minime, se non nulle.*

*Secondo il loro parere il decorso della malattia avrebbe potuto variare dai sei mesi, nel peggiore dei casi, ad un massimo di 12 mesi. Se da qualche par-*

*te stava scritto che sarei dovuta morire in breve tempo, volevo almeno regalarmi una qualità di vita migliore rispetto a quella che stavo sopportando con i cicli della chemioterapia.*

*Decisi, quindi, assieme a miei familiari di sottoporre il mio caso al dott. Zocchi di Pontedera, il quale dopo aver attentamente letto la cartella clinica, esaminato le varie T.A.C. ed avermi visitato mi prescrive una ricetta contenente tutti i componenti del protocollo Di Bella.*

*Non assicurò la guarigione, anzi, sottolineò che la percentuale di guarigione era molto bassa, ma aggiunse che comunque la qualità della vita sarebbe migliorata ed inoltre sentenziò che si sarebbe capito il mio futuro nei primi tre mesi di cura.*

*Il 3 marzo 1998 ho cominciato questa cura e, da quella data, tutte le T.A.C. di controllo hanno evidenziato una stabilità del male. Tenuto conto che avrei dovuto andarmene nel giro di 12 mesi, il dottor Zocchi, il Professor Di Bella e, forse, il buon Dio, mi hanno regalato almeno quattro anni di vita e di questo sarò loro riconoscente finché avrò vita. Ritengo doveroso ringraziare anche il Professor Carlo Rossi, Primario del reparto di Chirurgia del C.R.O. di Aviano e la sua equipe che decisero di non operarmi.*

Maria Garfagnini

## PRIVACY NEGATA

Decido di fare un viaggio per la Guadalupe, ho bisogno di sole e di mare, qui la temperatura invernale così fredda è per me deleteria. Mi preoccupa delle medicine e delle siringhe che in aereo può dare motivo di preoccupazione dopo l'11 settembre. Chiamo l'agenzia di viaggio che informa l'Air France della mia necessità: nel bagaglio a mano ci sono tutte le medicine che compongono la multiterapia Di Bella. Non posso spedire perché se si perdesse il bagaglio al seguito per me sarebbe un dramma. Si susseguono molte telefonate con l'agenzia che chiede qual è la malattia, la ricetta del medico, il numero ed il nome delle medicine ecc. Dov'è finita la privacy? Sono sconcertata ed in più mi si impone di portare

solo 2 Kg di medicine anche se consegnerò il tutto al pilota per riottenere la borsa solo all'arrivo. Mi trovo costretta a pesare tutto. Questa esperienza mi segna profondamente, trovo discriminante considerando per di più che io per prima mi sono preoccupata di comunicare la mia particolare necessità. Trovo eccessiva la precauzione dell'Air France, poiché dopo aver precisato preventivamente il contenuto come posso selezionare e decidere che non posso portare tutte le siringhe ma solo una parte come (alla fine) mi è stato richiesto. E se una volta arrivata a destinazione non trovo le siringhe? Nella ricetta il medico ha stabilito un'iniezione il giorno come può la compagnia decidere il numero? Come cambia il pericolo se porto solo una parte della cura o tutta?

URMI

## IL PUNTO SUI CONTRIBUTI

*Finalmente i contributi della Regione Toscana sono arrivati. Dopo lunghi iter burocratici molti pazienti si sono visti attribuire le sospirate £30.000 (15,50 E) il giorno stabile dalla delibera del n. 493 del 17 maggio 2001. Chiaramente non è un meccanismo automatico e la burocrazia allunga i tempi, ma l'importante è che molte famiglie hanno potuto usufruire di questo beneficio. Ci rammarica, però, che ogni provincia abbia una vita a sé e che quindi nelle dieci province Toscane il meccanismo di richiesta ed i parametri d'erogazione siano abbastanza diversi. Purtroppo non esiste un filo conduttore e sebbene la delibera sia una le interpretazioni sono molteplici. Abbiamo a lungo chiesto alla Regione l'elenco dei contributi divisi per provincia, speriamo quanto prima di poterla ricevere. Siamo lieti della sensibilità dimostrata dalla nostra Giunta regionale che ha deciso per un provvedimento che garantisce a molti malati in fascia critica di curarsi al meglio, anche fuori degli Standard nazionali. Un caloroso ringraziamento da parte di tutta l'associazione va al dott. Giorni per il suo impegno e la sua disponibilità e a tutta la giunta che ha deliberato garantendo continuità di cura, dignità e libertà al malato.*

## PREVENZIONE IN ONCOLOGIA

Innanzitutto si possono considerare la prevenzione e la promozione della salute in senso più esteso e non solo in oncologia. Per esempio esiste la prevenzione delle malattie cardiovascolari: una volta individuati i fattori di rischio tramite gli studi epidemiologici possiamo diminuire la mortalità per infarto miocardico modificando le abitudini di vita (es. eliminando il fumo di sigaretta e facendo una discreta attività fisica che comporti un lavoro muscolare di tipo isotonico). Possiamo notare due atteggiamenti: il primo che concerne l'eliminazione dei fattori di rischio (prevenzione primaria) e il secondo di tipo attivo (aumento dell'attività fisica) che consiste nel mettere in atto ciò che migliora il proprio benessere (promozione della salute). Infatti, secondo la definizione dell'O.M.S., la salute non è solo assenza di malattia, ma è uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale". Analizzando questa definizione si vede che i singoli termini non sono casuali; l'Epidemiologia insegna che un ambiente di lavoro salubre (benessere psichico e sociale) ha un'influenza fondamentale sull'organismo (benessere fisico).

Per fare prevenzione in oncologia bisogna tenere conto della storia naturale dei tumori. Si sa dall'Epidemiologia che perché si sviluppi una neoplasia è necessaria l'esposizione ad una certa quantità di una determinata sostanza cancerogena (dose soglia), ma bisogna tenere conto anche della suscettibilità individuale. Inoltre, il processo che porta alla formazione di un tumore solido comincia molti anni prima della diagnosi. Ad esempio, è stato calcolato che i processi che portano alla formazione di una neoplasia mammaria del diametro di un centimetro sono cominciati 8 anni prima; il problema è che non esistono al momento, secondo la Medicina Ufficiale, degli strumenti diagnostici sensibili a tal punto da arrivare prima alla diagnosi. Il tempo di latenza fra l'inizio effettivo del processo neoplastico e la diagnosi si chiama "fase pre clinica". Successivamente, per raddoppiare di dimensioni, la neoplasia non ci mette altri 8 anni, ma solo 6 mesi: segue cioè una cinetica di crescita di tipo esponenziale, quindi una volta fatta diagnosi dobbiamo mettere in atto al più presto le misure terapeutiche adeguate, considerando che si sono già persi alcuni anni di tempo e che molto si sarebbe potuto fare se la diagnosi fosse stata più precoce. Per diagnosi precoce si intende l'individuazione del tumore in fase pre invasiva o l'individuazione di una lesione precancerosa, cioè una alterazione della crescita cellulare denominata "displasia" che lasciata a sé stessa sicuramente evolverà in "neoplasia". Oggi la diagnosi precoce è possibile solo per il carcinoma del collo dell'u-

tero, grazie al Pap-test. Negli altri casi è possibile anticipare la diagnosi rispetto al passato, e questo grazie al miglioramento della sensibilità degli strumenti diagnostici, ma la diagnosi precoce (screening di massa) è possibile solo per la cervice uterina. In altri casi possiamo fare diagnosi precoce nelle popolazioni a rischio. E' il caso del cancro del grosso intestino; a volte nei soggetti a rischio (importante familiarità per cancro del colon-retto) con una colonscopia si può arrivare a diagnosticare un polipo in fase di iniziale degenerazione neoplastica e quindi in fase pre invasiva; in questo modo, eliminando la lesione in fase iniziale, le probabilità di guarigione si avvicinano al 100%. Da tutto ciò si deduce che la diagnosi precoce non ha niente a che vedere con la prevenzione. Per fare prevenzione dobbiamo eliminare i fattori di rischio! Non solo, dobbiamo mettere in atto atteggiamenti che riducono il rischio e che rendono l'organismo meno vulnerabile alle sostanze cancerogene. Da qui l'importanza di una corretta alimentazione che deve tenere conto tra le altre cose anche di quelle sostanze, fra cui alcune vitamine e alcuni oligoelementi che regolano la crescita cellulare (es. betacarotene, vit. A) e che hanno una azione antiossidante (vit. E, Vit. C, selenio).

Ma quali sono i fattori di rischio?

Gli studi epidemiologici trasversali hanno chiarito il tasso di incidenza e la prevalenza dei diversi tipi di tumore in una determinata popolazione. Il tasso di incidenza è il numero di nuovi casi di tumore in una determinata popolazione (es. la popolazione italiana) in un anno. Il tasso di prevalenza è invece il numero di casi vecchi e nuovi di tumore in un determinato periodo di tempo. Gli studi trasversali sono fondamentali per conoscere la distribuzione di una determinata malattia in una popolazione e come varia con l'età, ma non permettono di effettuare studi statistici sulle cause di tumore. Per questo scopo esistono gli studi epidemiologici longitudinali che sono di due tipi. 1) Studi Caso- Controllo: sono studi storici, retrospettivi e permettono di costruire a ritroso la storia della malattia. Abbiamo il Caso (es. tutti i pazienti con tumore polmonare) e i Controlli (pazienti che non presentano il tumore del polmone). Su questo argomento posso citare lo studio di Doll e Peto (tutti i casi di tumore del polmone negli ospedali di Londra e tutti i controlli). Appaiati i casi ai controlli per sesso ed età, è stato studiato il rapporto fumo di sigaretta/tumore del polmone e quindi il tasso di incidenza nei fumatori e nei non fumatori, arrivando così al Rischio Relativo (Tasso di incidenza nei fumatori/tasso di incidenza nei non fumatori). Si è visto che il Rischio

Relativo aumenta in proporzione al numero di sigarette ed esprime il nesso causale fra fattore di rischio ed incidenza della malattia. Per ogni caso di tumore del polmone nei non fumatori si verificano 4 casi di tumore del polmone nei fumatori che fumano 10 sigarette al dì. Da ciò si calcola il Rischio Attribuibile (Casi nei fumatori - Casi nei non fumatori:  $4 - 1 = 3$ ); ciò significa che il 75% dei tumori del polmone possono essere prevenuti se si fa una politica efficace contro il fumo di sigaretta. Però lo studio Caso- Controllo è soggetto a molti fattori di confusione perché è uno studio retrospettivo: bisogna costruire a ritroso la storia del fumo di sigaretta e di altri fattori di rischio.

2) Più precisi sono gli studi per Coorte. Consistono nello studio prospettico di due popolazioni (coorti): una esposta e una non esposta ad un determinato fattore di rischio e osservare quanti casi di una determinata malattia si verificano negli anni successivi. Cito come esempio lo studio di Doll sui Medici inglesi fumatori e non fumatori: veniva osservato quanti casi di tumore del polmone comparivano negli anni successivi nei fumatori e nei non fumatori. Gli studi per coorte hanno però dei limiti: il costo elevato e necessitano di molti anni per trarre delle conclusioni; diventano vantaggiosi per malattie molto frequenti, mentre nelle malattie rare si utilizzano preferenzialmente gli studi Caso- Controllo.

Tramite questi studi si è visto quali sono i fattori di rischio correlati ai diversi tipi di tumore e si è anche valutato il Tempo di Latenza, cioè il tempo che intercorre fra l'inizio dell'esposizione e l'inizio di un tumore clinicamente manifesto. E' stato osservato che per certi fattori di rischio il tempo di latenza può essere molto lungo. E' il caso dell'esposizione all'asbesto (presente soprattutto nei cantieri navali, ma anche nelle cave ora in disuso del Monferrato e nelle strade ove i Vigili Urbani costituiscono una categoria a rischio) e il mesotelioma pleurico. Il mesotelioma è un tumore rarissimo e l'esposizione professionale all'asbesto comporta un Rischio Relativo pari a 400 (Rischio 400 volte superiore di ammalarsi di mesotelioma negli esposti ad asbesto rispetto alla popolazione mondiale). Il Tempo di Latenza per questo tipo di tumore è molto lungo (35 anni). In definitiva, i fattori di rischio sono i più disparati, ma in sintesi si può affermare che le cause di tumore sono per il 90% di tipo ambientale, mentre per il 10% di tipo virale o genetico (es. retinoblastoma, neuroblastoma, alcuni tumori cerebrali).

In alcune Province italiane (non in tutte) esistono dei Registri Tumori, per mezzo dei quali si può dedurre con discreta precisione l'incidenza dei vari tipi di tumore in una popolazione. Vediamo i tassi di incidenza di alcuni tipi di tumore in Italia (1981) e i relativi fattori di rischio. In-

nanzi tutto l'incidenza al Nord è maggiore che nell'Italia meridionale.

Nel 1981 l'incidenza di tutti i tumori è stata di 400/100000 abitanti per i maschi e di 300/100000 abitanti per le femmine. Il cancro dell'esofago (5/100000), più frequente nel maschio, è correlato ai seguenti fattori: alcool, reflusso gastro- esofageo, cibi molto caldi (polenta), fumo di sigaretta.

Il cancro dello stomaco (30/100000) è più frequente in alcune regioni del centro- nord (Romagna, Marche, Toscana) ed è correlato alla alimentazione con carne ai ferri (formazione di idrocarburi policiclici). Un altro fattore di rischio è costituito dalle nitrosamine. Inoltre esistono fattori di rischio professionali (carbone, nichel, amianto). Il cancro del colon- retto (50/100000) è correlato a dieta scarsa di fibre. Il cancro del fegato (M 10-15/100000; F 5/100000) è correlato a: alcool, virus dell'epatite B e C. Il cancro delle vie biliari (M 4 - 5/100000; F 6 - 8/100000) è correlato allo stato ormonale e alla composizione della bile. La calcolosi biliare (più frequente nella donna) è un fattore di rischio. Il cancro della tiroide rappresenta lo 0.7% di tutti i tumori nella donna e lo 0.2% nel maschio. Fattore di rischio è l'esposizione a radiazioni ionizzanti; è più frequente in aree geografiche ad endemia gozzigena; c'è il sospetto che la somministrazione di fluoro in età infantile aumenti poi il rischio in età adulta. Il cancro del pancreas ha la stessa incidenza nei due sessi (10/100000). E' correlato a: abuso di alcolici, pancreatite cronica, fumo di sigaretta, abuso di caffè, diabete.

Il cancro della laringe (M 15/100000; F 1,5/100000) è correlato allo stile di vita (fumo) e a fattori professionali (nichel, cromo, amianto). Il cancro del polmone (M 100/100000; F 20/100000) è correlato al fumo di sigaretta, a fattori di rischio professionali e ambientali (chi vive a Milano ha un rischio di ammalarsi di cancro del polmone come chi fuma 15 sigarette al dì). Il cancro della mammella ha un'incidenza di 90 - 100/100000, quello dell'ovaio 15/100000 e quello dell'endometrio 15 - 20/100000 (sono neoplasie estrogeno- dipendenti e per quanto riguarda la mammella l'intensità e la durata di esposizione alla prolattina rappresenta un fattore di rischio; la terapia sostitutiva in menopausa protratta per più di 5 anni aumenta il rischio di cancro della mammella e dell'endometrio; altri fattori di rischio per il cancro della mammella sono: radiazioni, dieta ricca di grassi. I fitoestrogeni sono invece fattori di protezione. L'esposizione al talco è un fattore di rischio per il cancro dell'ovaio).

Il cancro della cervice uterina (10/100000) è correlato a certi virus (alcuni sierotipi di HPV e Herpes-Virus). Il cancro della prostata (30-40/100000), più frequente nel-

l'anziano, sembra avere gli stessi fattori di rischio del quello del polmone (fumo di sigaretta). Il cancro del testicolo (3,5/100000, più frequente in giovani adulti) riconosce come fattori di rischio il criptorchidismo, traumi, e sembra anche l'esposizione a certi metalli (zinco, cadmio). Il cancro della vescica (M 45/100000; F 10/100000) è correlato a fattori professionali (coloranti azoici, solventi, amine aromatiche) e in certi paesi tropicali (Egitto) a un parassita (Bilarziosi).

Il cancro del rene (M 16/100000; F 8/100000) sembra correlato al fumo di sigaretta, alla fenacetina, al piombo e al cadmio. I tumori dell'encefalo (M 8/100000; F 6/100000) sembrano correlati alle radiofrequenze. Non ci sono ancora dati epidemiologici definitivi, ma il sospetto c'è, cosicché il buon senso induce a ritenere che non è necessario aspettare altri 20 anni per esserne certi, ma considera già i campi elettromagnetici (linee dell'alta tensione, telefonini) come fattori di rischio. Per le leucemie (M 10-12/100000; F 8 - 10/100000) ci sono dati che indicano un aumento del rischio per esposizioni a campi elettromagnetici di 0.2 microtesla. Ma sia nelle leucemie come in molti altri tipi di tumore anche le radiazioni ionizzanti sono un importante fattore di rischio. Un fattore di rischio per leucemia è anche la chemioterapia antineoplastica somministrata anni prima per trattare un'altra neoplasia (es. leucemia insorta anni dopo il trattamento con chemioterapia del linfoma di Hodgkin).

Possiamo riassumere che i fattori ambientali rappresentano il 90% delle cause di tumore. Comprendono la dieta (dieta che previene e dieta che favorisce il cancro: più vantaggiosa una dieta ricca di fibre e con prevalenza di frutta e di verdura); il fumo di sigarette; fattori di rischio fisici (radiofrequenze, radiazioni ionizzanti) e chimici (farmaci, composti chimici, pesticidi, ecc.).

Ogni anno migliaia di nuove sostanze chimiche vengono messe in commercio e solo una piccola parte di queste vengono studiate. Ci sono varie Agenzie Internazionali che hanno studiato i fattori di rischio per lo sviluppo dei tumori. La più autorevole è l'International Agency for Research on Cancer (IARC) che propone la seguente classificazione:

- Gruppo 1: Cancerogeni certi per l'uomo (es.: arsenico, benzene, cromo, nichel, cloruro di vinile ecc.).
- Gruppo 2A: Cancerogeni probabili per l'uomo (formaldeide, benzopirene ecc.).
- Gruppo 2B: Possibili cancerogeni (cancerogenicità

certa nell'animale; cancerogenicità non confermata da indagini epidemiologiche).

- Gruppo 3: Sostanze in cui non si può dire nulla circa la cancerogenicità (dati discordanti fra osservazioni sull'animale e sull'uomo).
- Gruppo 4: sostanze probabilmente non cancerogene per l'uomo. Anche molti additivi alimentari rappresentano un rischio, come segnalato dal CRO di Aviano. Riporto di seguito gli additivi considerati tossici: E102, E110, E120, E123, E124, E127, E220, E221, E230, E239, E250, E251, E252, E311, E312, E320, E321, E407, E450, E330 (quest'ultimo è il più pericoloso).  
Additivi sospetti: E125, E131, E141, E142, E150, E153, E210, E212, E213, E214, E215, E216, E217, E221, E222, E223, E224, E226, E231, E233, E236, E240, E241, E338, E339, E340, E341, E460, E461, E463, E465, E466, E467.

In conclusione, il cancro costituisce una delle patologie dei paesi sviluppati. Negli ultimi cent'anni nel nostro paese è diminuita la mortalità per malattie infettive (oggi trascurabile) ed è aumentata quella dovuta a malattie degenerative (malattie cardiovascolari, diabete, malattie demielinizzanti, malattie autoimmuni, tumori). Molti fattori di rischio sono certi e riconosciuti, mentre per altri (radiofrequenze, uranio impoverito) ci sono dei sospetti ma non dati definitivi; per altri fattori (alimenti geneticamente modificati, vaccinazioni) non ci sono dati a lungo termine ma può esserci il sospetto. Ma chi fa lo sforzo di documentarsi certo diventa consapevole di quali possono essere i rischi e questo può servire per cercare per quanto possibile di evitarli (già sarebbe molto eliminare il fumo di sigaretta), per cercare di migliorare il proprio stile di vita. Certo sarebbe molto se si riuscisse a migliorare e rendere più vivibili le nostre città e alcuni ambienti di lavoro, ma questo fa parte di una presa di coscienza collettiva in un'ottica societaria basata non sulla concorrenza di mercato ma sulla cooperazione.

Ma, nel nostro piccolo, già faremmo molto se riuscissimo a rientrare in sintonia con la Natura e con i suoi ritmi, già faremmo molto se riuscissimo ad amare e a rispettare la Natura e a riavvicinarci ad essa. Allora avremmo raggiunto uno scopo e certo vedremmo migliorato il nostro stato di salute.

*Dott. Elio Martin  
Castelfranco Veneto (TV)*

## ESORTAZIONE A SOSTENERE L'ASSOCIAZIONE

*L'AIAN Friuli è l'ultima delle associazioni nate in Italia dopo quella della Sicilia. Il Nord e il Sud legati tra di loro da una Federazione di associazioni sparse sul territorio a difesa e sostegno della terapia del Prof. Di Bella. Il Friuli quindi si aggiunge a tante altre regioni nelle quali operano molti volontari, medici, sostenitori, uniti per aiutare i malati e con l'unico scopo di far riconoscere il diritto alla cura. Ora sta a tutti sostenere la neonata associazione nell'intento di radicarsi sul territorio e nelle coscienze della gente, in modo che essa possa dare il proprio contributo. Non sarà facile l'impegno nel sensibilizzare l'opinione pubblica e molti saranno gli ostacoli. Esiste una realtà sanitaria ben consolidata in Friuli; il C.R.O. di Aviano, un polo oncologico con compiti di ricerca scientifica. Da qui sono partite critiche feroci alla terapia Di Bella, e molti malati di tumore sono passati per questo centro. Non sempre con esiti favorevoli. Alcuni di questi si sono rivolti alle cure del Professore, per cui la nascita di un'associazione in questa regione non potrà che essere di grande utilità. Bastino queste poche parole per dare impulso e volontà di agire.*

R.R.

### APPELLO

*Nonostante i continui inviti a partecipare alla vita dell'associazione che abbiamo rivolto ogni volta che abbiamo avuto con contatti con persone che ci chiedevano informazioni (richieste che abbiamo fatto anche tramite questa rivista e il nostro sito), dobbiamo purtroppo constatare che le persone che collaborano attivamente sono troppo poche. Ognuno di noi ha anche impegni di lavoro e personali che uniti a quello che sembra un quasi totale disinteresse da parte dei soci ai problemi dell'associazione, ci fanno domandare per quanto tempo riusciremo a continuare. Oltretutto siamo quasi tutte persone in cura e quindi a volte con "qualche problema".*

*Aiutateci o l'associazione rischia davvero di chiudere!*

### IO MI SENTO RINATA

Sono una donna di 75 anni due anni fa, nella primavera del 2000, scopro di avere un nodulo al seno. Mi sottopongo a una visita medica e il chirurgo mi prescrive immediatamente la mastectomia. Accetto e dopo l'intervento, secondo i medici riuscito, e le visite di rito che testimoniano il mio buon stato di salute, l'oncologo mi propone la chemioterapia preventiva che rifiuto. A distanza di mesi, e a solo due giorni dalla visita di controllo, scopro un altro nodulo, stavolta "parasternale". Nuovo intervento. A due settimane dall'asportazione però i noduli cominciano a moltiplicarsi. Nel frattempo la TAC evidenzia macchie ai polmoni. A questo punto accetto di

iniziare la chemioterapia, sia pure per bocca e a domicilio. Ne faccio tre cicli, durante i quali le mie condizioni peggiorano velocemente e vistosamente: faccio fatica a fare le cose più elementari, soffro di nausea, mi si formano dolorose ulcere cutanee che producono piaghe, i dolori interni crescono notevolmente tanto da costringermi a prendere quotidianamente dosi sempre più massicce di antinfiammatori. Secondo l'oncologo si tratta dell'evoluzione della malattia e mi consiglia vivamente di passare alla chemioterapia per vena in ospedale. Quanto alle ulcere, mi propone pigramente una pomata. Nel frattempo la radiografia al torace evidenzia la diffusione incessante delle metastasi ai polmoni. Siamo a fine febbraio 2001: le mie condizioni fisiche e morali sono precipitate. L'8 marzo mi faccio visitare dal dott. Minuscoli che rimane addolorato per le condizioni in cui mi hanno ridotto operazioni e chemio. Comincio subito la cura con il Metodo Di Bella. Nel giro di un mese le nausea mi passano, i dolori diradano sino a scomparire, le piaghe si asciugano, i linfonodi si ridimensionano e diminuiscono. Mi sento molto meglio e, nonostante l'impegno assiduo che l'MDB richiede, torno a vivere normalmente. Passano altri due mesi e il 16 maggio arriva il verdetto inoppugnabile: il referto delle rx recita "quadro notevolmente migliorato rispetto al 16.02. u.s.". A ottobre dello stesso anno la regressione delle metastasi ai polmoni viene confermata: "in particolare non sono più bene evidenti le formazioni descritte nei precedenti esami". Io mi sento rinata: faccio i miei lavori, ho una vita sociale gratificante e piena e mi godo figli e nipoti. E questo soltanto grazie al MDB e al Dott. Minuscoli

M.D. Sacile (PN)

## LA FEDERAZIONE CHE RIUNISCE LE ASSOCIAZIONI NAZIONALI

Le seguenti associazioni tramite i loro rappresentanti riunitisi a Modena presso la locale sede dell'AIAN hanno deciso, per poter sempre più velocemente scambiarsi informazioni e collaborare frequentemente, di costituirsi in "CONFEDERAZIONE DI ASSOCIAZIONI":

**A.I.A.N. Roma** - Tel. 06/77201318 / 06/77200984 / fax. 06/7009397

Via Magnagrecia 39 - 00183 Roma - www.aian.org

**A.I.A.N. Modena** - Tel. 059 212053 - fax.059 4390087

Via S. Giovanni Bosco 163/B - 41100 Modena - www.dibella.org

**A.T.S.A.T. Firenze** - Tel. 055/4221710 - fax.055/353345

Via Paisello 5/A Firenze

**A.I.A.N. Veneto** - Tel. 041/ 5225034 fax.041/ 449281

Castello 4970 - 30122 Venezia

**Comitato per la Difesa della Libertà di Cura Arezzo** -

Tel/fax. 0575/382275

Via Golci 44 - 52100 Arezzo

**A.N.F.C.C. Trento** - Tel. 0461/916110 - fax. 0461/913755 /

0471/500229 - Via Conci 86 - 38100 - www.alternativepervivere.com

**A.N.F.C.C. Cortina/Belluno** - Tel. 0436 866780

Via Roma 44 - 32040 Borca di Cadore-BL-

**Associazione pro malati neoplastici "Di Bella" Mentana**

Tel/fax. 06 9093036 - Via Nomentana 105 - 00013 Mentana

ROMA

**Associazione Italiana Ammalati Neoplastici e Sclerosi**

**Multipla "Luigi Di Bella" Sicilia Onlus** - Via Ten. Nicola

Maugeri, 20 - 95025 Aci S. Antonio (CT) - Tel. 095/7021249

- Fax 095/7021163

**A.I.A.N. - Associazione Ammalati Neoplastici Friuli** - Tel.

338/3521997 0434/71842

La Federazione di associazioni NON E' ASSOLUTAMENTE a numero chiuso, anzi invitiamo tutte le altre associazioni sparse per il territorio ad unirsi a noi per poter collaborare sempre più strettamente, per confrontarci e scambiare opinioni ed idee.

*Nel prossimo numero di giugno:*

- Nuove prospettive
- L'importanza dell'alimentazione nella prevenzione dei tumori
- Le vitamine
- Gli antiossidanti: a che cosa servono?
- Testimonianze dei malati
- Contributi dalle Associazioni

## ERRATA CORRIGE

*PER VIVERE anno 6 n.2 dicembre 2001*

- Editoriale a pag 2: la parola *octetride* va corretta con *octreotide*. La parola *ossidocina* va corretta con *ossitocina*.
- Pag. 22: Aian Sicilia il titolo "*Inaugurata l'Aian di Aci Castello*". L'inaugurazione è avvenuta in realtà ad *Aci S. Antonio*.

- Nel sommario del numero precedente venivano indicati due argomenti: "*conferenza del prof. Di Bella a Grosseto*" e "*gli antiossidanti: a cosa servono?*". Per ragioni di spazio entrambi gli argomenti non sono pubblicati su questo numero e verranno recuperati nel prossimo numero in uscita.

## La radio che dà voce ai malati che si curano col MDB

RADIO FM 94.200 DI BBS RADIO ATTIVA CON

**www.incontriravvicinati.org**

PER LA DIRETTA IL GIOVEDI DALLE 19 ALLE 20 Tel. 06 4380469 - in replica su internet

**La rivista è pubblicata anche sul sito: [www.alternativepervivere.com](http://www.alternativepervivere.com) a cura dell'A.N.F.C.C. - Trento e Bolzano.**

**Direttore Responsabile:** Roberto Rinaldi - **Responsabile Scientifico:** Prof. Luigi Di Bella - **Direzione, redazione, amministrazione:** Via Conci, 86 - 38100 Trento - Telefax 0461.913755 - Tel 0461.916110 - **Registrazione:** Tribunale di Trento N° 897 / RS 7.3.96 - **Impaginazione:** Paolo Bannò - **Stampa:** Nuove Arti Grafiche "Artigianelli" (TN) - Ha collaborato a questo numero Francesca Ferri. © Tutti i diritti riservati.

**COMITATO DI REDAZIONE:** AIANMO, Modena: **Ivana Bergonzini** - ATSAT, Firenze: **Anna Balenci** e **Sabina Giangreco** - AIAN, Roma: **Patrizia Mizzon**, **Pino Maccaroni** - ANFCC, Trento: **Franco Dal Trozzo**, **Maria Cristina Gueui** - Associazione Pro Malati Neoplastici "Di Bella", Mentana (Roma): **Orlanda Iacovacci** - AIAN, Veneto: **Eliana Dell'Olivo** - AIAN, Friuli: **Giovanna Selva**, **Graziella Casagrande** - Comitato Arezzo: **Alda Dal Piaz Paoletti**.