

Anno 9 - N. 2
Novembre 2004

Poste Italiane spa - Sped. in abb. post. - Trim.
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 2, DCB Trento - Taxe Percue

Per Vivere

*Federazione delle Associazioni Nazionali
a sostegno dei malati di cancro*



**ASSOCIAZIONE NAZIONALE
FAMIGLIE CONTRO IL CANCRO
onlus - TRENTO -**

- A.N.F.C.C. Trento
- A.I.A.N. Modena
- A.T.S.A.T. Firenze
- Associazione pro malati
neoplastici "Di Bella" Mentana
- A.I.A.N. Friuli
- A.I.A.N. Roma
- A.I.A.N. Veneto
- Comitato per la Difesa
della Libertà di Cura Arezzo
- A.N.F.C.C. Cortina/Belluno

**Prof. Luigi Di Bella**

Il prof. Luigi Di Bella è nato a Linguaglossa (Catania) il 17 luglio 1912 ed è morto Modena il 1° luglio 2003. Conseguita la maturità si è iscritto alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e nel 1936 si è laureato a Bari con 110/110 e lode. Nello stesso anno ha conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione medica presso l'Università di Parma, presso la quale è stato aiuto incaricato alla Cattedra di Fisiologia Umana per tre anni. Nel 1939 è stato nominato, a 27 anni, assistente ordinario alla Cattedra di Fisiologia Umana all'Università di Modena. Nel 1943 è stato incaricato dell'insegnamento di Fisiologia generale per i corsi di Laurea in Scienze Naturali, Scienze Biologiche e Farmacia. Nel 1948 ha conseguito 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 ha conseguito anche la Laurea in Chimica e, successivamente, in Farmacia. Gli sono state 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 stato incaricato di Fisiologia Umana I, fondamentale nella facoltà di Medicina e Chirurgia. È stato 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.

Albe e tramonti

Dopo la scomparsa del Prof. Di Bella non si è registrata, né ce lo aspettavamo, una radicale inversione nelle tendenze dell'oncologia corrente, ma la notte nella quale alcuni ambienti intendevano precipitare l'opera dell'illustre fisiologo non è giunta. Anzi, si colgono all'orizzonte luci pallide che sembrano preannunciare un'alba ormai vicina. Timide, sparute, ma sempre più numerose, si sono levate voci sia di autocritica, che di pur prudente condivisione di alcuni assunti dibelliani; e nel recente convegno di maggio della S.I.B.O.R., la società medica sorta per iniziativa del Dr. Giuseppe Di Bella, abbiamo udito, non credendo alle nostre orecchie, luminari dell'oncologia proferire frasi di ammirazione per la concezione scientifica del Grande Scomparso. Ad aggravare questo accenno di scisma, è giunta successivamente notizia di severi rimproveri (e forse qualcosa di più che rimproveri) a costoro, per la loro partecipazione al citato convegno e le opinioni eretiche espresse: censura che non appare certo sintomo di forza, ma semmai di debolezza. Tale nostra impressione non è dettata da opinabili e "passionali" interpretazioni, ma dai fatti. Che la pretesa dogmatica della chemioterapia di porsi quale unica via farmacologica per la cura dei tumori sia sempre più in affanno, è realtà sotto gli occhi di tutti. Sappiamo e, in ogni caso, ci è facile indovinare cosa spinga certa ortodossia medica verso posizioni conservatrici, che oggi lasciano sempre più diffidente e scettica la dolente collettività dei malati. L'abbondanza della letteratura scientifica su sostanze impiegate da oltre trent'anni da Luigi Di Bella, studi clinici sempre più numerosi, accenni a terapie "biologiche" quale nuova frontiera della cura dei tumori (in occasione degli immancabili appelli alla generosità del pubblico perché collabori a finanziare la ricerca) sono una prima categoria di realtà oggettive che sembrano convalidare il nostro giudizio. Ad analoghe considerazioni si prestano altri eventi recenti, quali l'anacronistico tentativo di certo komeinismo farmacologico di impedire il ricorso al Mdb. Non si può interpretare diversamente il fallito colpo di mano estivo di collocare la somatostatina in fascia H: farla cioè sparire dalle farmacie riservandola agli ospedali, dove nessun medico oserebbe dispensarla a chi segue la cura Di Bella. Dobbiamo peraltro dare atto al Ministro Sirchia di aver recepito le giuste aspettative e gli interessi legittimi dei pazienti. Questi sono i fatti ai quali accennavamo prima. Se ne aggiungono altri, quali ad esempio il tentativo di promuovere una neo-crociata contro gli "infedeli" da parte di un noto personaggio televisivo, immancabilmente affiancato da un oncologo piuttosto chiacchierato. Non possiamo credere a tanta "ingenuità" da parte di quegli ambienti che nel 1998 sono riusciti a condurre in porto una barca piena di falle, sia pure con mezzi scorretti. Forse solo un sovrano che sente il trono malsicuro ricorre a scorrettezze. Forse non siamo solo noi a prevedere il tramonto di un vecchio mondo e l'alba di uno nuovo: la differenza è che noi lo auspichiamo, altri lo temono.

Remo Casagrande
direttore responsabile

ASPETTI ETICO-SCIENTIFICI DEL MDB

Il razionale dell'impiego oncoterapico dei principi costituenti il MDB deriva dagli studi sperimentali e dall'esperienza clinica sviluppate dal Prof Di Bella tra il 1940 e il 2003. La Sua opera pertanto non rappresenta solo un determinante contributo alla terapia dei tumori ma si inserisce nella storia stessa della medicina e nella comprensione fisiopatologica e nelle strategie terapeutiche delle malattie. All'impiego oncoterapico sinergico di retinoidi, tocoferoli e tachisteroli, dal 1965 il Prof Di Bella associò la melatonina e dal 1968 la somatostatina, dando l'avvio non ad una terapia ma ad una nuova concezione oncologica intesa come ripristino fisiologico di tutte le funzioni vitali, dell'omeostasi metabolica, neuroendocrina, immunologica, dei fisiologici meccanismi antiblastici di controllo della differenziazione, apoptosi, proliferazione cellulare, della dinamica genica in equilibrio instabile tra geni oncogeni e soppressori.

Per il prof. Di Bella curare razionalmente il cancro significava conoscere e comprendere l'ammalato nella sua unità psicofisica e fisiopatologica, considerando la localizzazione neoplastica come la massima concentrazione cellulare di una malattia potenzialmente sistemica. Se negli anni 90 erano già presenti numerosi contributi scientifici a sostegno della potenzialità antiblastica di ogni singolo componente del MDB, non erano molti gli oncologi e gli ematologi che li conoscevano e ancora meno coloro che possedevano quella cultura matematica, fisica, chimica, fisiologica, farmacologica e di biologia molecolare, che aveva consentito al prof Di Bella di intuire, concepire e attuare il Suo metodo antitumorale. Oggi, chi rifiuta il MDB, misconoscendo le sue basi scientifiche e i riscontri clinici, non ha attenuanti di ordine etico scientifico con l'aggravante della comprovata incapacità della chemio di eradicare il tumore. L'oncologia a fronte delle migliaia di pubblicazioni oggi reperibili a conferma della attività antiblastica dei componenti del MDB e del reciproco potenziamento sinergico, non può eticamente e scientificamente giustificare il rifiuto sprezzante e dogmatico del MDB e l'ostinazione a fare della chemioterapia il fulcro, l'asse portante della terapia del cancro, contro ogni logica, razionalità ed evidenza. Errare umanum, perseverare diabolicum. Questo rifiuto a vedere e accettare evidenze scientifiche è ingiustificabile e trova la sua spie-

gazione anche in una diversa e primordiale interpretazione della malattia tumorale che porta all'impiego di rimedi pericolosamente grossolani e concettualmente arcaici. Tale rifiuto trova soprattutto una spiegazione, ma non una giustificazione, in una concezione della vita assolutamente diversa da quello del Prof. Di Bella e dai valori informativi della sua opera di uomo, medico e scienziato concettualmente legata alla sacralità delle vita umana. Rispetto al MDB la vecchia oncologia può essere definita cancerocentrica poiché rivolge e concentra l'attenzione diagnostica e terapeutica sul tumore, mentre il paziente è semplicemente il portatore occasionale del suo tumore per cui il trattamento non può che essere conseguentemente la distruzione di quell'aggregato cellulare definito tumore ma non delle cause che ne hanno consentito e prodotto l'insorgenza, la proliferazione e la potenziale ripresa e metastatizzazione.

Questo limite miope e gravemente riduttivo della vecchia oncologia, contrariamente al MDB, ignora e pertanto non interviene sulle cause del sovvertimento dell'omeostasi biologica antiblastica e sui suoi molteplici e complessi meccanismi differenzianti, citoregolatori, apoptotici, immunologici. Non preserva l'integrità delle membrane cellulari, nucleari, del citosol e del cariosol dai processi ossidativi e dai radicali liberi, non contempla e ignora la necessità e la possibilità di intervenire (vedi pubblicazioni del prof di Bella sulle citocalasine e sul patch clamp-mlt) sui potenziali di membrana cellulare e pertanto sui canali ionici, sulla dinamica dell'espressione e funzionalità recettoriale ingessate dalla vecchia oncologia in una visione statica e cristallizzata, malgrado il dato acquisito di una continua modulazione delle vitali e basilari strutture biologiche recettoriali e delle relative catene enzimatiche. La chemioterapia diversamente, dal MDB non considera e a volte irreversibilmente deprime anche funzioni strategiche antiblastiche quali l'integrità della sostanza biologica extracellulare e delle fasce mesenchimali naturali di contenimento dell'espansione neoplastica, quali la matrice extracellulare e interviene negativamente sul trofismo e la funzionalità di tessuti, parenchimi, endoteli, della crasi ematica e dinamica midollare, di cui al contrario, il MDB prevede e attua il potenziamento in funzione antiblastica.

La nuova oncologia biologica, fisiologica, del Prof. Di Bella, può essere invece definita antropocentrica nel senso scientifico, filosofico, etico e cristiano del termine. Considera e cura il portatore del tumore, non il tumore come entità estrapolata da un'inscindibile unità biologica e spirituale, secondo un pensiero scientificamente ed eticamente aberrante, frutto di una condizione culturale obsoleta a volte inconscia, che rallenta o ostacola l'accettazione di chiare evidenze scientifiche e il loro impiego clinico terapeutico.

I reali limiti e la difficoltà della nuova oncologia MDB ad essere accettata non dipendono dalla sua valenza scientifica e dalla sua potenzialità terapeutica, ma risiedono unicamente nell'estraneità del Prof. Di Bella al potere accademico che lo ha conosciuto, temuto ed emarginato.

L'accettazione e diffusione del MDB è ostacolata con ogni mezzo da parte di chi subordina il progresso scientifico e la difesa della salute e della vita a meschini interessi di casta, di corporazione, economici e finanziari.

Fondazione Di Bella e sperimentazione osservazionale

Per divulgare e documentare il pensiero scientifico del Prof. Luigi Di Bella recentemente si sono poste le basi per la costituzione della "Fondazione Di Bella". Le fondazioni possono ottenere il riconoscimento per due finalità diverse:

- 1) **attività di ricerca diretta su proprie strutture e con proprio personale.** Ciò comporta un capitale particolarmente rilevante e la disponibilità di locali attrezzati per la ricerca. E' particolarmente dispendiosa la realizzazione di programmi di ricerca in considerazione della complessità e varietà degli strumenti idonei. In mancanza di questi requisiti si è optato per l'attività di ricerca indiretta.
- 2) **attività di ricerca indiretta, attuabile attraverso la collaborazione con istituti, ospedali o cliniche universitarie istituzionali o comunque accreditati.** In questo caso il comitato scientifico della fondazione appronta un piano di ricerca che sottopone a una delle strutture citate. I medici del comitato scientifico si impegnano a collaborare con l'istituto che ha dato la propria disponibilità, fornendo tutto il materiale clinico per una valutazione, validazione ed elaborazione statistica. In pratica per realizzare questo piano tutti i medici prescrittori del MDB che hanno cultura e capacità adeguate si impegnano a raccogliere i dati clinici secondo gli schemi e le modalità suggeriti dagli istituti di ricerca, aggiornandoli attraverso un monitoraggio dei pazienti. Il programma in corso prevede una sperimentazione osservazionale con gruppo di controllo costituito dai dati (storici). In pratica i risultati ottenuti verranno comparati con le medie statistiche internazionali riportate dalle banche dati oncologiche più attendibili, secondo i criteri del WHO relativi all'oncologia basata sull'evidenza. Ad esempio: nel sito del National Cancer Institute <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/adult-treatment> sono riportate le aspettative di vita con chemioterapia nei tumori del pancreas esocrino, che a 6 mesi prevedono la sopravvivenza non superiore al 7%. Se i pazienti con questa patologia trattati con MDB nel corso del suddetto osservazionale avessero un maggior incremento dell'aspettativa di vita, questo confronto con la "memoria storica" del National Cancer Institute certificherebbe non solo la validità del MDB, ma ne farebbe la terapia di prima linea nei tumori del pancreas esocrino.

Lo studio osservazionale, promosso dalla Fondazione, si propone come obiettivo primario l'aspettativa di vita e come obiettivo secondario la qualità di vita.

La difficoltà a proseguire e completare questo programma di ricerca è prevalentemente finanziaria, in quanto la fondazione ha reperito i fondi per il proprio riconoscimento da parte del Ministero dell'Interno ma non dispone ancora di fondi di ricerca. Per far fronte agli oneri di tutte le attività finora poste in essere si è fatto ricorso esclusivamente all'autofinanziamento.

NOTA SUI RECENTI SVILUPPI POLITICO-ISTITUZIONALI DEL MDB

La Commissione Tecnica del farmaco a fine luglio stava per varare un provvedimento che avrebbe portato al blocco della terapia Di Bella, in quanto prevedeva il passaggio della Somatostatina in fascia ospedaliera impedendone l'acquisto in farmacia da parte dei pazienti (al riguardo si veda l'intervento del Presidente della Regione Lazio Storace al Ministro Sirchia più avanti riportato). Non vi era alcuna giustificazione né scientifica e tanto meno etica a questa iniziativa che vede una sospetta coincidenza con la ripresa di un crescente interesse medico scientifico sul MDB e l'incremento dei pazienti che si rivolgono a questo metodo. Questo rinnovato interesse per il MDB coincide con la crisi della chemioterapia i cui presupposti scientifici si stanno progressivamente vanificando, sostituiti da un orientamento terapeutico biologico che trova conferma evidente e completa nell'intera impostazione terapeutica e concettuale del Prof. Di Bella. Viste le crescenti e ormai indiscusse conferme ed evidenze scientifiche del notevole potenziale antitumorale di ogni componente del MDB, la chemio non può più né scientificamente né eticamente essere posta a fulcro ed asse portante della terapia dei tumori. Il congresso della Società Italiana di Bioterapia Oncologica Razionale (S.I.B.O.R.) - Metodo Di Bella tenuto a Bologna il nove e dieci maggio 2004 ha visto la presentazione di 250 casi trattati positivamente con il MDB e la partecipazione di eminenti personalità della scienza, dell'oncologia e della ricerca. Lascio ai lettori il giudizio sull'atteggiamento di personaggi del potere accademico-sanitario che hanno vivamente e ripetutamente "sconsigliato" i docenti universitari partecipanti al congresso sul MDB a non intervenire e li hanno "avvertiti" dell'assoluta "inopportunità" ad associarsi con i medici iscritti alla S.I.B.O.R. che prevede, tra i suoi obiettivi primari, la liberazione della scienza e della medicina da ogni condizionamento. Alcuni professori universitari hanno chiaramente denunciato questi "consigli" e "avvertimenti" nel corso della loro relazione congressuale ed essendo stati registrati tutti gli interventi per la pubblicazione degli atti, esiste prova documentale delle loro dichiarazioni. Se i nemici occulti e dichiarati del MDB avessero avuto ancora qualcosa da dire scientificamente e idee valide da proporre e difendere, avrebbero accettato l'invito a intervenire al Congresso che era

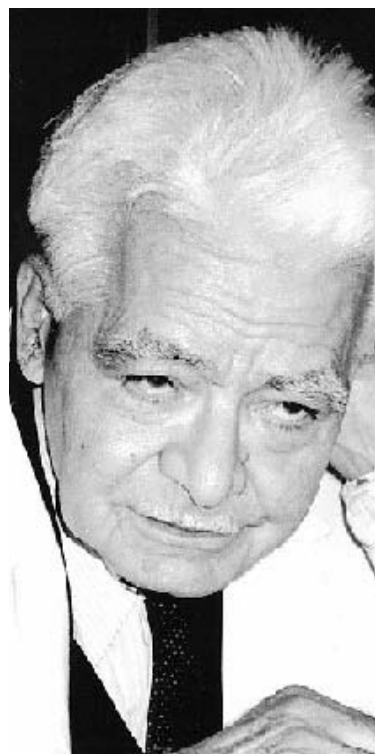
stato inviato a numerosi centri universitari e ospedalieri. E' sempre più evidente che non osano accettare il confronto e il dibattito scientifico e che le loro posizioni sono ormai obsolete, per non dire arcaiche, scientificamente e clinicamente indifendibili, imposte dal potere accademico-politico-finanziario e sostenute da una logica corporativa, non dalla razionalità del dato scientifico. La manifestazione ancora più meschina di questo discutibile atteggiamento si ebbe il giorno seguente alla conclusione del congresso cui avevano dato ampio spazio numerosi organi di informazione come La Padania, il Corriere della Sera, l'inserito Salute di Repubblica, Panorama, il Quotidiano Nazionale, il TG2 ecc. Il Congresso si concluse il 10 maggio, il giorno undici maggio fui contattato dalla redazione di Porta a Porta per partecipare il giorno seguente ad una trasmissione con la testimonianza di pazienti affetti da gravi patologie tumorali, che potevano documentare la guarigione avendo ampiamente superato i fatidici cinque anni in assenza di malattia. Numerosi pazienti da varie parti d'Italia, in numero ben superiore a quello richiesto per la trasmissione, si mobilitarono, dando la massima disponibilità. Essendo stato l'invito inaspettato e a brevissima scadenza, molti disdussero impegni lavorativi organizzarono il viaggio a Roma, raccolsero e ordinarono tutta la documentazione. Alcuni professori universitari e dirigenti ospedalieri che avevano partecipato con comunicazioni al congresso MDB, accettarono l'invito e ci organizzammo per la trasmissione, che fu improvvisamente disdettata a poche ore dalla registrazione, dalla redazione di Porta a Porta per l'atteggiamento di ostracismo e di assoluta chiusura di importanti settori dell'oncologia, che inviarono un comunicato alla redazione, (come mi fu riferito da un collaboratore della redazione stessa). Non sono mai venuto in possesso del documento, che deve essere stato oltremodo eloquente e determinante se ha stroncato immediatamente la trasmissione. Si è persa un'occasione di pubblico confronto e aperto dibattito tra oncologi che per l'occasione vennero definiti "possibilisti" (sul MDB), e "fondamentalisti" (radicalmente e visceralmente ostili al MDB) paladini ad oltranza della chemioterapia. Come se non bastasse, qualche collega al rientro dal congresso è stato convocato dai superiori e ripreso come se avesse partecipato ad un congiura antibaronale

e si fosse macchiato del delitto di lesa maestà per aver ignorato il perentorio divieto a partecipare al congresso. Attorno ai medici MDB si stanno aggregando sostenitori, amici e parenti di ammalati, associazioni, per aiutarli nella raccolta, elaborazione e pubblicazione di conferme scientifiche del MDB e nel difficile e arduo compito di conquistare una reale, libera e consapevole libertà di scelta terapeutica.

Nel recente Congresso sul Metodo Di Bella, per la prima volta, personalità eminenti della scienza e dell'oncologia hanno preso atto del razionale del MDB, delle sue solide e integrate basi matematiche, fisiche, chimiche, biochimiche, farmacologiche, biologiche e cliniche. Sta approvando il MDB un numero ancora modesto ma crescente di oncologi ed ematologi, inizialmente scettici e ostili, non per spirito di conservazione o faziosità, ma perché non sufficientemente informati. L'impiego dei principi attivi del MDB e la piena comprensione del loro meccanismo d'azione sinergico e interattivo sulle popolazioni cellulari neoplastiche e i relativi aspetti di biologia molecolare attivati e

controllati, aprono nuove e insperate possibilità nella lotta ai tumori. Il MDB rappresenta un cambio traumatico di concezioni terapeutiche e mentalità cliniche convenzionali, acquisite, consolidate, tradizionalmente, abitudinariamente impiegate; pur essendo basato sulle scienze esatte è probabilmente troppo innovativo per essere compreso e accettato.

*Dott. Giuseppe
Di Bella*



Lettera del Presidente della Regione Lazio Storace al Ministro Sirchia

(ANSA) - ROMA, 7 settembre - Conservare "l'attuale regime di fornitura per la somatostatina", farmaco ampiamente utilizzato nella terapia Di Bella e scongiurare il solo "utilizzo in esclusivo in ambiente ospedaliero e in case di cura". È quanto chiede il presidente della Regione Lazio Francesco Storace al Ministro Sirchia in una lettera.

"Sono stato informato che il Tuo Ministero si appresta a valutare il regime di fornitura del farmaco somatostatina - scrive Storace - il farmaco, attualmente soggetto a prescrizione medica, viene utilizzato largamente dai malati che seguono la terapia Di Bella. Da più parti mi sono giunte sollecitazioni affinché si conservi l'attuale regime di fornitura e non si passi ad un utilizzo esclusivo in ambiente ospedaliero e in case di cura".

"Come ricorderai, il garantire la libertà di cura ai malati è stato uno dei cardini del nostro programma elettorale che ci ha portato al Governo del Paese e della Regione Lazio - continua Storace nella lettera - . Non a caso dunque, per garantire la libertà di scelta del paziente tra i vari trattamenti, anche sperimentali, abbiamo ritenuto di dover sostenere economicamente le famiglie con componenti afflitti da patologie tumorali che hanno scelto il metodo del professor Di Bella, straordinario protagonista della ricerca, combattuto da larga parte delle istituzioni, ma amato dal popolo".

"La decisione della Regione Lazio di sposare a suo tempo questa opportunità sottende anche lo sforzo di una nuova politica di ascolto delle istanze dei cittadini, politica che è sempre stata negli obiettivi della Casa delle Libertà e che in questo caso fornisce una concreta risposta istituzionale ad una forte domanda sociale, che sale da persone, da ammalati, che chiedono solo di sperare".

"Conservo ad una ad una le centinaia di lettere, e-mail e messaggi di incoraggiamento di pazienti che si sono visti offrire questa ulteriore possibilità di cura. Perché deluderli ora con la stretta sulle forniture che finirebbe immancabilmente col circoscrivere e ostacolare le attese?", conclude Storace nella lettera.

Si tratta di una comunicazione elaborata dalla S.I.B.O.R. e trasmessa ad alcuni rappresentanti parlamentari

Per il Prof. Di Bella l'orientamento ad abbandonare terapie citotossiche e citoriduttive, nasce sostanzialmente dalla loro evidente incapacità ad agire sui fattori causali neoplastici e ad essere risolutive, malgrado l'elevata tossicità e una mortalità inaccettabile denunciata anche da un'agenzia della Reuters Health [Wesport, CT 2001-05-17]: "Unexspected high mortality rated associated with chemotherapy regimen..." "Non ci si aspettava un tasso di mortalità così elevato associato ai protocolli chemioterapici". Le effettive, reali, possibilità terapeutiche dell'oncoterapia medica, chirurgica e della radioterapia, tratte da una revisione della letteratura e, dai dati del National Cancer Institute, sono state evidenziate e confermate da M.A. Richards, D Stockson e AA (BMJ 2000;320:895 -898) in uno studio condotto in Inghilterra e nel Galles su 782.902 pazienti neoplastici, con una varietà di 47 diverse forme tumorali, di cui 541.976 sono morti a cinque anni dalla diagnosi. Gli autori, oltre a riportare pertanto una sopravvivenza del 29% a cinque anni, sottolineano il dato che negli ultimi cinque anni esaminati, si è registrata una riduzione della mortalità di un modestissimo 3,3%. La realtà è ancora peggiore perché la mortalità per tumore tra i cinque e i 10 anni dalla diagnosi aumenta ulteriormente, come risulta da diverse statistiche. Lo studio inoltre è significativo non solo per l'alto numero di pazienti ma perché l'Inghilterra, con uno dei sistemi sanitari più avanzati, esprime attualmente possibilità tra le migliori della terapia convenzionale.

La sempre più sentita esigenza di condizionare l'efficacia della chirurgia oncologica alla radicalità di interventi spesso estesi, a volte mutilanti, non di rado ripetuti, che non possono comunque escludere recidive, rappresenta la più palese e ovvia conferma della piena consapevolezza dell'incapacità della chemio di eradicare il tumore e pertanto della giustificata sfiducia in questa linea terapeutica. La terapia chirurgica dei tumori nasce e trova la sua ragione d'essere nella consapevolezza che la chemioterapia consegue un transitorio effetto citoriduttivo, ma non guarisce il tumore. È ovvio che se la chemioterapia fosse realmente efficace non avrebbe senso intervenire chirurgicamente sui tumori. Le radio e/o chemioterapie post chirurgiche conseguono risultati li-

mitati se a 5 anni il 71% degli ammalati neoplastici, come evidenziato dal .B.M.J, soccombe al cancro, senza considerare gli effetti collaterali e la tossicità spesso grave della chemio. In una delle patologie in cui l'oncologia vanta i risultati più brillanti, la leucemia linfoblastica acuta (A.L.L) e il Linfoma N.H., un'indagine approfondita evidenzia due dati sconcertanti.

Atra A.Gerrard M. e AA [Br J Cancer 1998 Jun 77 (12) 2281-5], in uno studio su pazienti affetti da Linfoma N.H. 4° stadio e Leucemia Linfatica acuta tipo B (B-ALL), sottoposti a un ciclo di chemioterapia (regime francese LMB 86) registrarono per gli effetti tossici della terapia l'11% di decessi tra i 4 giorni e 11 mesi. Lo studio è particolarmente significativo non solo per il numero dei pazienti ma anche perché estende a 14 anni il monitoraggio di bimbi con età media di 8,5 anni. La pubblicazione evidenzia come nel corso dei 9 anni successivi ai cinque faticosi anni, la percentuale di sopravvivenza scenda di un 10%. Se lo studio fosse stato esteso agli anni successivi, seguendo questa parabola, avrebbe molto probabilmente registrato un'ulteriore riduzione delle percentuali di sopravvivenza.

L'incapacità delle attuali linee chemioterapiche di eradicare la neoplasia, emerge anche dalla considerazione che un dosaggio di chemioterapici capace di sterilizzare l'ammalato da tutte le cellule neoplastiche, risulterebbe letale prima di aver raggiunto la dose efficace. Pertanto solo una percentuale di cellule neoplastiche è normalmente distrutta dalla chemioterapia, responsabile inoltre di un rilevante effetto mutageno e di un notevole incremento dei radicali liberi notoriamente cancerogeni. Le cellule residue, (se non asportate chirurgicamente), riprendono sempre e comunque la proliferazione, con l'aggravante che per l'effetto mutageno chemioterapico si ha, oltre all'induzione neoplastica di cellule sane, anche la progressiva refrattarietà delle cellule tumorali ai successivi cicli chemioterapici, con incremento dei loro caratteri proliferativi, invasivi, aggressivi. Il dato è complicato dal fatto che ripetuti cicli chemioterapici incidono gravemente e spesso irreversibilmente sull'equilibrio neuroendocrino, la crisi ematica, la dinamica midollare, l'assetto immunitario, sconvolgendo gli equilibri biologici e le

varie barriere e fasce di contenimento dell'espansione neoplastica tra cui i meccanismi di controllo della diffusione e metastatizzazione neoplastica della matrice extracellulare (ECM) e dell'endotelio. La chemioterapia consente pertanto un illusorio e transitorio decremento volumetrico della massa neoplastica, cui può seguire una ripresa della proliferazione tumorale con un elevato grado di metastatizzazione per l'inattivazione di tutti quegli apparati e sistemi omeostatici biologici su cui poggia la difesa e la reattività fisiologica antiblastica.

Quali sono le possibilità del Metodo Di Bella, terapia biologica nella terapia dei tumori?

La letteratura ha confermato che ogni principio antitumorale MDB (Somatostatina, Bromocriptina, Retinoidi, Melatonina...) possiede un elevato potenziale antitumorale in assenza di rilevante tossicità, smentendo definitivamente le conclusioni scientifiche e le indicazioni cliniche di una sperimentazione vanificata da almeno 12 gravi cause d'invalidazione, documentate nel portale ufficiale del MDB www.metododibella.org, nel volume di Vincenzo Brancatisano, "Un po di verità sulla terapia Di Bella" che demolisce la credibilità della sperimentazione e nel trattato "Il Metodo Di Bella", che è stato presentato al Primo Convegno organizzato dallo S.I.B.O.R., a Bologna, il 9 e 10 maggio scorso.

Quando la sperimentazione del M.D.B. è stata pubblicata sul British Medical Journal, l'editorialista (fatto del tutto inusuale) ha criticato aspramente la progettazione dello studio, sostenendo che: "Gli autori (della sperimentazione, ndr) affermano anche che non avrebbero potuto condurre uno studio clinico randomizzato per ragioni etiche, ma queste ragioni non sono chiare. In realtà, c'è chi può sostenere che proprio il livello inferiore di progettazione dello studio è anti-etico".

Ed a proposito della mancanza del gruppo di controllo, ecco cosa afferma in una lettera al B.M.J. un ricercatore: "Con cosa è stata comparata la terapia Di Bella? Con nulla! Sarebbe stato molto più utile fare un paragone fra la terapia Di Bella e la terapia convenzionale".

Come si vede, la progettazione della sperimentazione è stata considerata di basso livello, in quanto manca delle 2 caratteristiche fondamentali che danno evidenza scientifica ad uno studio, e cioè la randomizzazione ed il gruppo di controllo. Ciò senza considerare che è stato somministrato erroneamente un veleno organico cancerogeno l'acetone a tutti i

pazienti in dosi fino a 850 mg/litro, ammesse dallo stesso Ministero. Inoltre, come da verbale dei NAS, reperibile nella sezione News legali e legislative del sito www.metododibella.org, a 1048 pazienti in sperimentazione sono stati somministrati medicinali scaduti. Per citare solo due della cause d'invalidazione della sperimentazione.

Una serie di pubblicazioni, tra cui quelle di Sio e Manni, convalida il dato che usati insieme i principi del MDB vicendevolmente si potenziano, ad esempio [Stio e AA, Effetti antiproliferativi sinergici dei derivati della vitamina D e dell'acido retinoico nelle cellule di neuroblastoma umano SH-SY5Y, J Steroid Biochem Mol Biol 77(4-5):213-22. 2002.]

[Manni e AA, Endocrine effects of combined somatostatin analog and bromocriptine therapy in women with advanced breast cancer, Breast Cancer, Res Treat 1989 dec.14(3):289-98.]

La letteratura conferma il dogma centrale del MDB: il reciproco potenziamento, l'interazione sinergica dei componenti secondo la logica non del calcolo sommatorio, ma di quello fattoriale con effetto quasi esponenziale, il solo che possa contenere e contrastare la crescita e l'indice proliferativo esponenziale delle popolazioni cellulare neoplastiche.

Da parte della Società Italiana di Bioterapia Oncologica Razionale-Metodo Di Bella (S.I.B.O.R.) e delle numerose Associazioni degli ammalati neoplastici che praticano MDB,

si richiede rispettosamente ai Signori Senatori e Deputati:

- Se il notevole potenziale antiblastico di ogni componente del MDB: Somatostatina, Melatonina, Retinoidi ecc, ha il riscontro di oltre 30.000 pubblicazioni a testimonianza di una linea di ricerca sempre più seguita per le innovative e promettenti prospettive terapeutiche,
- Se la letteratura conferma che l'uso contemporaneo dei principi attivi MDB nel contesto di un multiterapia ne esalta e potenzia reciprocamente l'effetto mediante un meccanismo sinergico e interattivo,
- Se solo la chirurgia, in parte coadiuvata dalla radioterapia, consegue un modesto 29% di sopravvivenza a cinque anni e la chemio svolge un ruolo complementare essendo totalmente incapace di eradicare i tumori solidi, malgrado l'inaccettabile tossicità,

- Se il MDB non solo è tollerato e totalmente privo di effetti collaterali rilevanti ma migliora la qualità di vita,
- Se dopo la fine della sperimentazione oltre mille sentenze dei tribunali hanno condannato le ASL a erogare il MDB, sulla base di perizie medico legali che ne certificavano l'efficacia,
- Se la sperimentazione MDB è palesemente destituita di ogni significato scientifico e pertanto inadeguata a dare indicazioni cliniche ed è inoltre smentita dalla letteratura mondiale che certifica quell'effetto antitumorale dei componenti MDB che la sperimentazione disconosce,
- Se l'autenticità di queste affermazioni è facilmente documentabile e verificabile:
 - A), collegandosi via Internet alle banche dati medico-scientifiche come il sito della NLM (National Library of Medicine) <http://www.nlm.nih.gov:80/> [Digitando uno per volta i componenti del MDB, ad esempio Melatonin, in Cancer, or tumor, or neoplasm, e selezionando le modalità di ricerca (es. anni) si ottiene così la rassegna delle pubblicazioni],
 - B) Dalle prime pubblicazioni sul MDB di riviste italiane e straniere riportate nella sezione "News Evidenze scientifiche" del sito www.metododibella.org. Dagli atti di questo congresso che confermano il razionale MDB documentato da oltre 250 casi in maggior parte seguiti per oltre cinque anni.

Cosa ancora si oppone alla erogazione del MDB da parte del SSN?

Se alcune Regioni come Puglia, Lazio, e altre con parziali limitazioni, come Toscana ed Emilia Romagna concedono il MDB è costituzionale attuare una discriminazione tra cittadini disapplicando inoltre l'articolo 32 della Costituzione che prevede la libera scelta terapeutica?

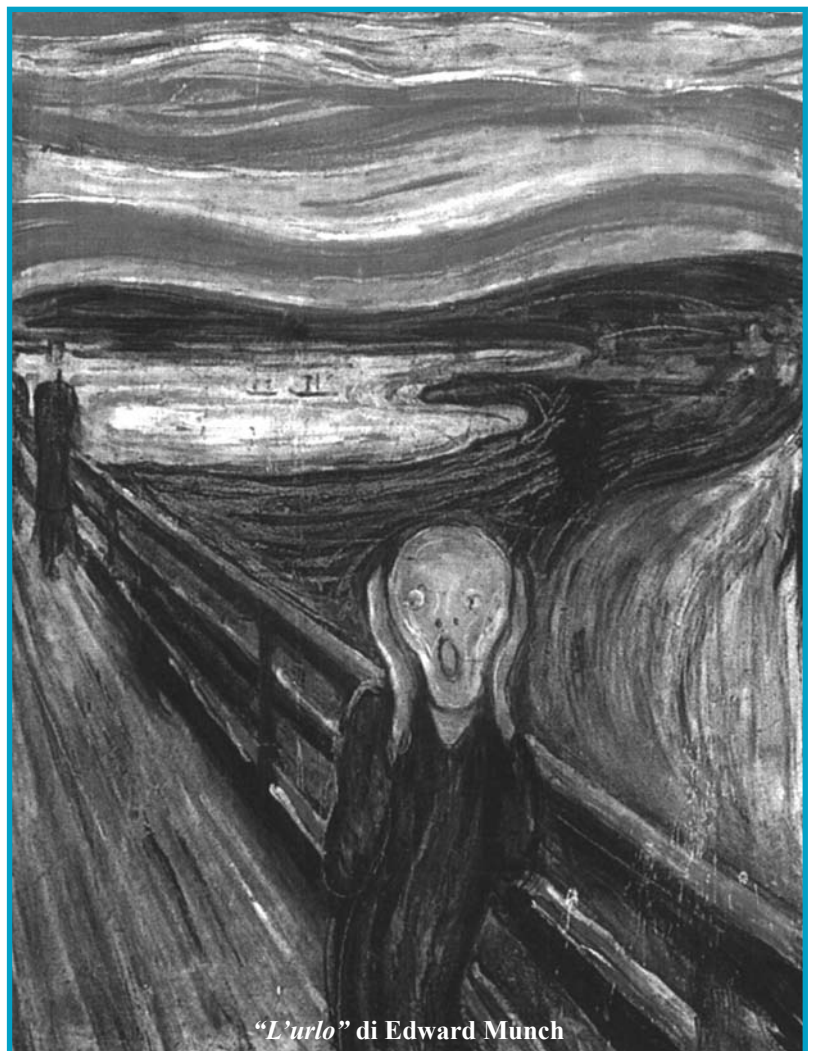
È giusta, eticamente accettabile, moralmente difendibile, una chemioterapia di stato, coercitiva? È così efficace e priva di tossicità la chemio da inibire in pratica ai cittadini la libera scelta della terapia biologica MDB?

Perché la mancata erogazione del MDB, impone e rende nei fatti obbligata la scelta chemioterapica, in quanto pochi possono sostenere per tempi lunghi un simile onere, comunque estremamente ridotto se paragonato agli elevati costi dei cicli chemioterapici e dell'indotto.

Recentemente congressi nazionali e internazionali, pubblicazioni e monografie stanno evidenziando le capacità terapeutiche dei componenti del MDB, spesso per iniziativa di alcuni tra i peggiori denigratori e detrattori del Prof Di Bella e del Suo Metodo, senza mai citarlo, anzi cercando di appropriarsene il merito.

L'unico merito della sperimentazione è stato quello di protocollare e certificare che l'impiego multiterapico di Melatonina, Retinoidi, Vit. D3, Vit. C, Somatostatina, Bromocriptina e/o Cabergolina, con dosi minimali di chemioterapici, costituisce il Metodo Di Bella.

S.I.B.O.R. Bologna



“L'urlo” di Edward Munch

“NOBEL E BONTÀ”

L'ostilità verso le idee di Luigi Di Bella sibilò senza ritegno fin dal 1973, quando lo scienziato le rese pubbliche, raggiungendo il suo acme nel 1998, complici personaggi istituzionali che non hanno certo lasciato un buon ricordo: l'astio, il veleno, la faziosità che caratterizzarono un clima da inquisizione ancora non spento, graveranno come vergogna indelebile sul nostro Paese. Ma pochi sanno che una decina di anni prima il grande fisiologo era stato incluso nella "triade" dei candidati al premio Nobel, probabilmente dopo l'interesse manifestatosi per le sue comunicazioni al congresso di Tubingen ("The pineal gland and cancer", settembre 1987) e di Hong Kong ("Symposium on melatonin and the pineal gland", 1988). La notizia, comunicata in forma confidenziale allo scienziato, giunse anche in Italia, rimanendo circoscritta inizialmente fra gli addetti ai lavori. Uno di questi, notissimo oncologo, indirizzò a mio padre un biglietto, nel quale lo invitava ad un 'party' a Milano, ed aggiungeva, con una punta di ironia finalizzata a dissimulare il suo interesse: "...così lei mi spiegherà come si curano i tumori". La risposta fu una elegante scudisciata: "Egregio Professore, la ringrazio dell'invito, al quale gli impegni attuali non mi consentono di aderire. Ma alla sua domanda su come si curano i tumori, posso rispondere senza difficoltà: i tumori si curano stando chini sul microscopio e non partecipando ai 'party'. Ossequi, Luigi Di Bella".

La notizia della candidatura comunque filtrò dall'ormertoso olimpo della medicina fino ad una dinamica televisione regionale, che intervistò il Prof. Luigi Di Bella in occasione di un altro premio, meno agognato, ma moralmente non meno prestigioso: il "Premio della Bontà", che gli venne conferito ufficialmente il giorno dell'Epifania del 1990 dall'allora Procuratore della Repubblica di Modena, Dr. Walter Boni, a riconoscimento dell'opera umanitaria svolta per tutta la vita a favore dei malati e dei sofferenti.

Ritengo interessante citare solo qualche passo tratto dalla "sbobinatura" dell'intervista, avvenuta nello studio di via Marianini.

Il giornalista gli chiede di riferire sulla sua terapia, "basata su melatonina e somatostatina", dice.

"Ho definito la mia terapia come terapia biologica dei tumori all'ultimo congresso ad Hong Kong. Biologica perché si fonda sull'adozione di sostanze che

hanno una squisita funzione biologica. Si tratta non solo delle due sostanze da lei citate, ma di un complesso di sostanze, come per esempio vitamina A, retinoidi, vitamina D, inibitori della prolattina, anche se il perno della terapia biologica dei tumori è in certo senso costituito dalla melatonina e dalla somatostatina".

Giornalista: "La melatonina è un ormone, vero Professore?"

"La melatonina è un ormone, che si ritiene essere increta dalla pineale, ma che secondo me è formata in tanti altri distretti dell'organismo".

Giornalista: "E la somatostatina?"

"La somatostatina viene formata in una struttura del sistema nervoso centrale, nell'ipotalamo, viene condotta all'ipofisi e blocca la formazione dell'ormone della crescita".

Gli viene chiesto circa gli esiti rilevati dopo l'applicazione della terapia. *"I risultati debbo dire che sono buoni, a meno che il paziente non mi venga portato in estrema ratio e comunque migliori, ritengo, di quelli raggiungibili attraverso altri metodi".* Il giornalista osserva quindi come la principale difficoltà nel seguire la terapia sia il costo elevato. *"Una delle difficoltà è il costo, ma l'altra sta nella impossibilità di far capire alla classe medica le basi biologiche di questa terapia. Formato, com'è, su basi totalmente diverse, il medico non può che seguire le metodiche tradizionali. Per questo motivo io sono considerato, sotto questo profilo, quasi un fuorilegge".*

L'intervistatore, dopo avere affrontato l'argomento del 'premio della bontà', che sarebbe stato conferito il giorno successivo, aggiunge: "L'ultima domanda è sulla sua candidatura al premio Nobel per la medicina. Si fa il suo nome per questo premio che è il più importante a livello mondiale. Un suo giudizio".

"Ritengo che non avrò mai il premio Nobel, per tanti motivi. Sono troppo isolato per poter aspirare ad un riconoscimento tanto prestigioso. Però, che ci siano delle premesse nel senso dell'originalità delle ricerche e delle proposte, e dei risultati ottenibili, come da statuto del Nobel, non lo posso negare".

A Reggio Calabria, il 25 gennaio 1997, al I° Convegno nazionale su "Melatonina: dalla ricerca agli interventi", un affermato ricercatore, Walter Pierpaoli, dopo aver ascoltato l'intervento del Prof. Di Bella, affermò con slancio e presto sommerso dagli applausi, che "le scoperte del Prof. Di Bella sono sco-

perle da premio Nobel". Dalla "imprudente" candidatura del 1990 molti Nobel per la Medicina sono stati conferiti, anche se desta qualche perplessità l'assenza, nella maggior parte dei casi, di quel pragmatico e immediato risvolto terapeutico pur richiesto dalla normativa che disciplina le condizioni per

il conferimento stesso. Forse anche questo voleva dire Luciano Pavarotti quando nel suo telegramma di condoglianze alla famiglia, già riportato un anno fa su questa rivista, ha scritto: "Il mondo della medicina perde un personaggio unico, che per me sarà sempre il vero e unico vincitore del premio Nobel".

I FARMACI 'DESAPARECIDOS'

Genesi, vita e scomparsa di molti farmaci sembrano obbedire non già a ragioni scientifiche, ma alle stesse finalità mercantili che ci fanno assistere alla vertiginosa successione di articoli consumistici solo formalmente nuovi o all'ostracismo nei confronti di altri, tanto pericolosamente indovinati da costituire una "minaccia" ai fini del conseguimento degli utili d'impresa. Tali logiche perverse hanno privato la collettività di presidi terapeutici insuperati per efficacia e per assenza di significative controindicazioni. Tale è il caso - ma l'elenco è nutrito - di due principi attivi: il **Clioquinolo** (iodo-cloro-idrossichinolina) e l'**Elmitolo** (Anidrometilencitrato di esametilentetramina). Le due sostanze, prodotte da due giganti del farmaco, erano regolarmente in commercio fino a non molti anni fa. La CIBA aveva denominato **Entero-Vioformio** il suo farmaco a base di Clioquinolo, che - così recita il foglietto illustrativo - "esplica una spiccata azione batteriostatica ed è particolarmente efficace nelle infezioni da cocchi, bacilli dissenterici, protozoi (amebe, lamblie, Trichomonas) e miceti". La BAYER chiamò "**Elmitolo**" il suo antisettico urinario, di rara efficacia e di sicura tollerabilità. Così recita il foglietto illustrativo: "... i suoi due componenti, chimicamente legati, svolgono formaldeide tanto nei tessuti, quanto nelle urine, anche se queste presentano reazione alcalina. Comunica all'urina la reazione acida e la chiarifica. Ha inoltre azione analgesica e antiflogistica. E' tollerato bene dallo stomaco e non ha alcuna azione secondaria sgradevole sul cuore e sui reni". All'inizio degli anni '80 l'Enterovioformio (20 cp. da 0,25 g) costava 400 lire; l'Elmitolo, intorno al '75/76, costava 250 lire. Questa la prima ragione del loro collocamento a riposo; l'altra è stata l'efficacia a tutta prova, tanto che, solitamente, un paio di giorni di somministrazione sono sufficienti per raggiungere l'effetto desiderato.

Come tanti altri farmaci, che avrebbero dovuto in ogni caso essere prodotti dallo Stato, stanti apposite disposizioni legislative in proposito, quelli descritti possono oggi essere reperiti solo presso i farmacisti più qualificati, che non fanno altro che ordinare le sostanze pure, dosarle e confezionarle: ed a questi il Prof. Di Bella indirizzava i pazienti ai quali riteneva potessero giovare le due medicine. In genere non si danno spiegazioni per la radiazione di farmaci validi, soprattutto quando non sono seguiti da degni successori. Al massimo i produttori più prudenti commissionano qualche articolo - che verrà tempestivamente pubblicato da una rivista controllata o 'amica'- nel quale si assicura che quel certo farmaco aveva effetti collaterali inaccettabili: anche se mai avvertiti da nessuno. Vogliamo forse criticare tanto scrupolo ed un'attenzione così squisita per la nostra salute?



I due desaparecidos

Vivere con il tumore....proviamoci insieme

Vivere con il tumore produce un forte impatto, anzi, una catena di impatti consecutivi (il sospetto e il timore prima, le analisi e la diagnosi poi, le terapie, la reazione di chi è vicino, i cambiamenti nella vita quotidiana e nel lavoro, i problemi economici, i controlli, ecc.) che mettono a dura prova, per poco o tanto tempo, in modo più o meno pesante, le parti più sensibili e profonde della persona.

Ognuno cerca quindi di riorganizzarsi internamente ed anche all'esterno, cercando e mobilitando le proprie risorse per trovare nuovi equilibri e difendere la qualità e la dignità della vita.

Fare questo è difficile e faticoso; molte sono le paure e frequenti i momenti di crisi che si incontrano in questo percorso. Ancor di più se si è da soli.

Per questo, con la collaborazione dell'Associazione di Trento che sostiene la terapia Di Bella (e quindi un modo di affrontare e vivere il tumore centrato anche sulla fiducia e sul rispetto della persona) abbiamo organizzato un corso, un gruppo, per ora di 12 incontri, in cui poter affrontare questa esperienza insieme.

Insieme ad altri ammalati e familiari.

E insieme a me, che come psicologo, posso aiutare prima di tutto a esprimere e a valorizzare quelle emozioni e quei vissuti che molto spesso ci si vergogna di esprimere. E ad imparare delle tecniche (di respirazione, di rilassamento, ecc.) per sostenere le cure mediche e quindi la possibilità di guarigione con tutta la voglia di vivere possibile (e non con la paura).

Partecipare a questo gruppo non significa quindi fare qualcosa in più o qualcosa d'altro, ma fare meglio quello che già si fa da soli.

Fare cioè in un ambiente "protetto", con il sostegno di altri "esperti" (in primo luogo gli ammalati), in modo organizzato, quel lavoro personale di ricerca e di cambiamento necessario a ridurre o eliminare gli effetti collaterali (ansia, stress) e a ri-trovare le risorse positive utili per affrontare questa malattia con maggiori energie.

dott. Alfredo Ponzi

Per affrontare il tumore con tutta la voglia di vivere e di guarire

E' possibile affrontare malattie importanti come il tumore senza rinchiudersi nella paura, nella depressione, nell'isolamento o nella rassegnazione.

E' possibile cercare in se stessi le risorse positive e la voglia di guarigione, ritrovando un nuovo equilibrio psicologico e emotivo, dando così un sostegno attivo e concreto alle cure mediche.

12 incontri di 2 ore dalle 18.30 alle 20.30

- in uno spazio tranquillo e accogliente
- per condividere speranze e difficoltà
- in un gruppo condotto da uno psicologo esperto
- facendo esperienza di tecniche di rilassamento, di espressione corporea, di visualizzazione di immagini positive da poter eseguire anche da soli a casa

Primo incontro gratuito giovedì 2 dicembre ore 18.30 a TRENTO

Per informazioni e iscrizioni telefonare: 347/4957687 - 347/0443587

TORNEO DI CALCIO CITTÀ DI TRENTO IN MEMORIA DEL PROF. LUIGI DI BELLA

Il 27 giugno è calato il sipario sul 3° Torneo Città di Trento, Torneo di calcio estivo abbinato alla memoria del Prof. Luigi Di Bella, organizzato dall'A.C.S.I. di Trento in collaborazione con la nostra Associazione. Il successo dell'iniziativa, che coniuga sport e impegno sociale e che ha visto la presenza anche di Adolfo Di Bella, figlio del Professore, ha indotto fin d'ora il Presidente dell'A.C.S.I., Luciano Alimonta, a impegnarsi per dedicare alla figura del Professore anche la prossima edizione del "Torneo Città di Trento" che si terrà a giugno del prossimo anno.

INFORMATIVA SUL METODO DI BELLA

Una elencazione dei farmaci solitamente usati nel MDB deve considerarsi **esclusivamente esemplificativa** in quanto solo una approfondita visita da parte del medico, sulla base di adeguata documentazione e di un attento **esame obiettivo del paziente** - accurata e prolungata auscultazione, percussione ecc. - può stabilire la migliore formulazione terapeutica. Pertanto quanto segue è finalizzato esclusivamente a fornire un'idea di massima del MDB, a tutela della buona fede e della salute dei pazienti, spesso vittime di medici eticamente scorretti che spacciano pratiche ascientifiche e pasticciate per MDB.

La 'terapia', desunta dalle prescrizioni del Prof. Luigi Di Bella, unico riferimento delle Associazioni, si basa principalmente su:

- 1) **Soluzione di retinoidi** (*axeroftolo palmitato+acido all-transretinoico+betacarotene in tocoferile acetato*) e **Melatonina coniugata** (*melatonina+adenosina+glicina*). La soluzione di retinoidi, che deve essere conservata in un luogo lontano da fonti di calore ma **MAI** in frigorifero (pena decadimento dell'efficacia terapeutica), deve essere assunta a digiuno, insieme alla Vit. D3, nelle dosi e con la frequenza giornaliera prescritte dal medico.
- 2) **Vitamina D3** (specialità: Atiten)
- 3) **Somatostatina** o, meno frequentemente, **Octreotide** (specialità somatostatina: I.B.P., Curamed, Ferring; specialità Octreotide: Sandostatina, Longastatina). Vengono somministrati (salvo che per dosaggi minimali) mediante siringa temporizzata - acquistabile nelle farmacie - regolata per un periodo di 8-12 h durante le ore notturne. **Bromocriptina** (spec. Parlodel) e **Cabergolina** (spec. Dostinex), inibitori della prolattina
- 4) **Ciclofosfamide** (spec. Endoxan 50 mg.) o **Idroxicarbamide** (spec.: Oncocarbide 500 mg.) a seconda della patologia tumorale)

A questi principi attivi se ne aggiungono solitamente altri, come Acido ascorbico (Vitamina C), Calcio lattogluconato+ calcio carbonato (Specialità: Calcium Sandoz), Acth-Tetracosactide esacetato (Spec.: Synacthen), Metionin-adenosina ecc.

Prodotti galenici

Attenzione assolutamente particolare deve essere dedicata ai prodotti galenici. Il Prof. Di Bella ha sempre insistito sul fatto che una preparazione incongrua o imperfetta per modalità di lavorazione o qualità dei

componenti usati ne inficia o annulla l'efficacia, pregiudicando fatalmente l'intera cura. I farmacisti preparatori che erano da lui consigliati sono quelli che si attengono alla sue indicazioni ("Metodologia Di Bella-Ferrari" dal nome del Dr. Vigildo Ferrari, Bologna, che per primo realizzò i galenici nei primi anni '70 e la cui farmacia era considerata dallo scienziato un punto di riferimento sotto il profilo qualitativo).

Lo scienziato ha sempre rifiutato con sdegno l'inclusione del MDB tra le "medicine alternative" (omeopatia, medicine orientali, agopuntura). Mai il MDB prevede il ricorso alla chemioterapia.

Farmaci e prassi estranei al MDB

Mai una corretta prassi prescrittiva MDB include farmaci omeopatici. Estranei al MDB anche farmaci e pratiche terapeutiche quali Talidomide, Tamoxifene, ipertermia, radioterapia, radiochirurgia.

Effetti collaterali

Il Metodo Di Bella è virtualmente privo di tossicità. In qualche caso, specie all'inizio della terapia, il paziente può accusare qualche disturbo (nausea e, più raramente, dolori addominali o diarrea). Il più delle volte questo è da ascrivere a galenici o somatostatina di qualità inadeguata. Se così non fosse, un medico esperto e preparato riesce sempre a ridurre ed annullare tali inconvenienti gradualizzando i dosaggi dei farmaci.

Durata e costi del MDB

Il MDB non è una terapia che viene somministrata a cicli ma deve essere praticata per un periodo che non si calcola in mesi ma in qualche anno. La sua efficacia, quando opportunamente prescritta e 'modulata' dando per scontato che essa dipende dallo stadio della malattia, dalle precedenti cure seguite e dalle condizioni del paziente, è legata alla rigorosità e regolarità con cui è seguita. Consentendolo una positiva evoluzione clinica del paziente, dosaggi e frequenza dei farmaci vengono via via ridotti dal medico ed alcuni prodotti possono venire sospesi. Se quindi gli attuali costi del MDB si cifrano mediamente in 600 euro circa al mese, l'onere viene gradualmente e nettamente a ridursi nel tempo. E' possibile rivolgersi alle Associazioni (cfr. elenco nella presente pubblicazione) per verificare la possibilità di ottenere dalle Asl di competenza l'erogazione gratuita parziale o totale dei farmaci.

DAL DOLORE UN BISOGNO DI VITA

Abbiamo chiesto a Marcello Farina, prete e filosofo da sempre vicino alle situazioni di sofferenza umana del nostro tempo, una riflessione sul senso del dolore che accompagna la malattia.

Come è difficile esprimere una parola "sensata" sul dolore, sulla sofferenza! Dà fastidio chi è sempre pronto a una risposta facile per ogni problema umano e dà ancor più fastidio chi si permette di liquidare con discorsi banali, retorici, ripetitivi il difficile vissuto di chi sperimenta malattia e morte, sofferenze nel corpo e nell'anima.

C'è comunque un punto di partenza che andrebbe sempre tenuto presente da coloro che accettano di incontrare persone malate e sofferenti: occorre convincersi che il malato non chiede di essere "consolato" ma "compreso" nelle sue difficoltà e paure e, spesso, chiede di ascoltare la sua rabbia senza sentirsi giudicato.

Lo scopo primario di chi affianca le persone ammalate non è soltanto la "**riparazione**" del guasto che la malattia porta con sé nel corpo e nello spirito ma è soprattutto il "**prendersi cura**" del malato, come atteggiamento che indica attenzione, sostegno, perfino tenerezza, in vista di una sua reintegrazione in un mondo che lo accolga di nuovo con dignità.

Come si sa, si è perfezionato nel nostro tempo, tramite la scienza e la tecnica, il modo di "riparare"; si può dire che è cresciuta anche l'attenzione alla "curva" dei malati e dei morenti? La medicina, in quest'ottica, è l'arte della "riparazione" ed è diventata - la cosa è sotto gli occhi di tutti - una pratica centrale della nostra società e non tanto e non solo come esercizio di una professione ma come orizzonte di vita. Una generalizzata medicalizzazione del vivere comporta che la vita sia sentita e vissuta in primo luogo come star bene, come "benessere", in nome del quale si ha grande cura di evitare qualsiasi sofferenza, fino a rimuovere dall'esperienza quotidiana la questione più profonda che riguarda "**il senso**" dell'intera esistenza.

Il fatto è che, sempre più spesso, chi vive accanto alle persone malate e sofferenti si sente coinvolto anche in altre domande, non immediatamente legate alla "riparazione" del corpo ma piuttosto al "senso" che può avere "quella malattia" e, in prospettiva, "quella morte".

E' qui che nascono le domande cruciali:

- come vivere la malattia, che scombussola tutti i piani di un progetto di vita efficiente e produttivo?
- che "senso" ha la morte, per la mia vita?
- come trovare le risorse "spirituali" per affrontare il dolore e la sofferenza?

La malattia, soprattutto se protratta nel tempo e se inesorabile nel suo corso distruttivo, è ben più che un assalto di briganti, è ben altro da uno scippo in pieno giorno, così da richiedere un'attenzione che vada al di là dell'attesa della guarigione, pur sempre umana e legittima, e si trasformi, invece, in un "prendersi cura" che riguarda l'intera persona, la sua vita, le sue speranze, le sue delusioni, la "qualità" stessa dell'esistenza.

Soprattutto i segni dell'aggravarsi della malattia che rivelano crudelmente l'esaurirsi delle possibilità di vita delle persone mettono in evidenza la differenza che esiste tra il "riparare" e il "prendersi cura", come si diceva sopra, e, quindi, la necessità di mettere in conto un investimento più alto e profondo, che chiama in causa i vari ambiti della sensibilità, di un'umanità più dilatata e coinvolgente.

Paradossalmente, a richiedere questo "nuovo" atteggiamento non è tanto o principalmente la "salute dell'anima", ma piuttosto quella del corpo, proprio perché, per l'uomo e la donna di oggi, il peso delle ferite, cioè del dolore e della sofferenza, si rivela a partire dal corpo.

Nel "malessere" è il corpo che si rivela crocevia di ogni sensazione, di ogni dubbio e preoccupazione, perché non esiste idea o speranza che non si faccia "fisicità", che non si trasformi in desiderio di guarigione, inteso come salute e come rinascita. La malattia ci rende tragicamente noi stessi, senza più incantamenti né poesia; ci spoglia di quella illusoria convinzione di essere semidivinità, obbligandoci a prendere coscienza del nostro essere qui, di quanto sia precario vivere, di quanto sia scivolosa, sotto certi aspetti, la quotidianità.

E non è solo la malattia sperimentata sulla propria pelle, poi, a dischiudere quelle sensazioni, ma ancora più, forse, quella che vediamo riflessa nelle persona che amiamo e da cui vorremmo essere riamati senza vincoli di tempo. E' la malattia che si ri-

specchia negli occhi di una persona cara, che si fa magrezza, viso incavato, equilibrio instabile, debolezza. E' la malattia che siamo nostro malgrado costretti continuamente a vedere, alla quale dobbiamo assistere, sperimentando un'impotenza che frantuma le parole in bocca, che sminuzza i significati fino a renderli vuoti.

Come coltivare una non retorica solidarietà con le donne e gli uomini segnati dalla malattia e dai sintomi della morte? Il primo "mediatore", per chiamarlo così, è il dolore sapiente, intelligente, che ama la vita e non si lascia coinvolgere in spirali di disperazione e di disfacimento. Non è positivo il dolore, ma è positiva la capacità personale e culturale di non farsi opprimere dal dolore al punto da venirne assoggettati. E' grandemente positivo saper trovare nel proprio dolore la capacità di capire il dolore dell'altro. E' positiva la capacità di far scaturire dal dolore il bisogno di vita, di gioia, di pace.

Il secondo "mediatore" è una sorta di solidarietà con il malato intesa come accoglienza, come un camminare insieme. Il malato, infatti, porta la povertà dell'esistenza nella sua stessa pelle, sperimenta sul suo corpo la presenza del male e la paura della morte. Specialmente in certi casi (quando non ha più mani, più piedi, più bocca, più gesti autonomi) egli appare veramente come il più bisognoso tra gli uomini. E' in queste situazioni che l'incontro tra le persone presuppone un esodo - un uscire da se stessi, dalle proprie preoccupazioni - e un abbraccio verso l'altro senza reticenze o interessi. Tanto più, si potrebbe dire, quando si avverte che le malattie non sono tutte eguali. Disabili, non udenti, malati mentali, alcolisti, anziano, malati e non autosufficienti, persone sofferenti di malattie rare, i colpiti dall'aids, i colpiti dal cancro, i morenti, hanno i loro bisogni e i loro caratteri specifici, così che esiste una "solidarietà specifica" per ogni situazione. Così ognuno come individuo e come membro della comunità umana è chiamato a diventare "lo specialista del male in tutta la sua estensione" e a non lasciare sole le persone oppresse dal dolore e dalla sofferenza.

E' in questo contesto che mi sembrano significativi tre "slogans" che possono guidare la nostra sensibilità nei confronti del dolore e della sofferenza:

- non cercare il dolore, se mai sopportarlo;
- non solo sopporta il dolore, ma combattilo;

- non solo combatti il dolore, ma comprendilo.

Queste risorse interiori, psicologiche e spirituali, sono fondamentali fattori della strategia per arginare ciò che rende precaria la vita delle persone toccate dal dolore e dalla sofferenza, ma anche di coloro che le accompagnano con trepidazione e partecipazione sincera.

E a mo' di conclusione mi sembra bello riportare una pagina straordinaria di un grande libro scritto da Vittorino Andreoli, il famoso psichiatra, intitolato "Capire il dolore" (ed. Rizzoli, 2003).

Egli scrive così:

"Credo che il dolore riveli all'uomo i fondamenti del suo essere uomo:

1. La propria fragilità e dunque l'essere privo di onnipotenza.
2. L'aver bisogno dell'altro e la tendenza a ricercarlo.
3. L'importanza dei legami e dunque dei sentimenti come spuntori utili a fare una scalata, quella della vita, che in alcuni momenti è del sesto grado di difficoltà.
4. La bellezza di una condizione di bisogno e di dipendenza, che ci fa sentire il bambino che è dentro ciascuno di noi, anche quando siamo vegliardi.
5. La grandezza del concetto di società intesa come gruppo di aiuto e strumento di sicurezza. L'uomo ha bisogno di protezione, e nel dolore non riesce a fare molto da solo.
6. Il senso del divino, di un'inutilità o insufficienza che rimanda all'assoluto.
7. La bellezza della preghiera, che non necessariamente segue le orazioni del catechismo della propria fede, o de laicismo, ma può esprimersi in lamenti, in poesia e persino in rabbia imprecatoria. Tutto è preghiera - anche quella del bestemmiatore che, inveendo, riconosce Dio e lo colpisce con la violenza con cui un fanciullo arrabbiato va contro il proprio padre. La lotta non cancella un nemico, ma lo riconosce.
8. La variabilità del tempo e quel bisogno di fine, di fine del dolore, d'un sollievo che ha il sapore della rinascita e della grazia.
9. L'esigenza di una nuova gerarchia delle cose, non più ordinate secondo schemi edonistici o tesi al successo, bensì in base al significato della vita e della sua difesa, dell'attaccamento all'esistere".

Amore di madre

La telefonata mi aveva sconvolto. Quella madre aveva superato anche la fase della disperazione, aveva varcato il confine del dolore, inoltrandosi in un mondo dove la vita non è più vita, ma morte camuffata da vita. Pochi mesi prima la terribile diagnosi: Davide aveva un glioblastoma, un più terribile tumore cerebrale. Ricovero, lungo intervento per tentarne l'asportazione. Ma il neurochirurgo aveva dovuto limitarsi a rimuovere solo una parte della massa neoplastica: continuare avrebbe significato, con tutta sicurezza, uccidere il paziente. Due mesi di radioterapia, altri due di chemioterapia: ma la situazione clinica del giovane, specie sotto il profilo motorio ed intellettuale, era ulteriormente degradata. Speranza nessuna e prognosi cruda: inesorabile e rapido peggioramento nei due mesi di vita che, al massimo, poteva durare. Tornati a casa, la situazione peggiorava di giorno in giorno. Impossibile riposare veramente, stato soporoso prevalente, difficile muoversi, parlare; alterni sprazzi di lucidità con prevalenza di stati di sopore, dai quali si ridestava per violenti mal di capo; parziale perdita di sensibilità agli arti superiori. Terribile sentirle chiedere se c'era modo di risparmiare al figliolo un po' di sofferenza, farlo vivere qualche settimana in più; struggenti certe sue espressioni come "...sapesse come è buono Davide"! Pur sapendo che difficilmente può accettare nuovi pazienti, presi contatto con il dottor Giancarlo Minuscoli, stimato amico di famiglia. Davide fu accompagnato a Bergamo dalla mamma e da un'altra mamma, il cui figliolo, colpito dallo stesso male più di cinque anni fa e curato da Giancarlo, è guarito. Il Dr. Minuscoli, constatata la gravità del caso, non ha potuto dare alcuna assicurazione alla signora. Ma un medico che si arrende prima di aver combattuto, si trattasse anche di una battaglia impari, non è un medico, ma soltanto un laureato in medicina: e Giancarlo è un vero medico. Poco tempo dopo l'inizio della cura Davide ha cominciato a riposare la notte, è cessato il mal di capo, gli si è ridestato l'appetito, ha ricominciato a parlare, a leggere, a muoversi. Mese dopo mese le notizie si sono fatte sempre più rassicuranti. "Ieri ha voluto che gli leggessi la sua lettera: è venuto nello studio ed ha ascoltato con gli occhi chiusi.....fisicamente è quasi instancabile, cammina volentieri...è come se fosse rinato alla vita..." scrive il primo aprile; ed il 29 successivo" gli ho promesso una bicicletta per riprendere le sue passeggiate....". Con la bicicletta ha percorso decine e decine di chilometri (lettera del 31/10): "...disegna, dorme regolarmente, va in bici ed in macchina". Le visite di controllo hanno fatto rilevare un progressivo miglioramento, confermato da una recente risonanza. A questo punto non importa se la remissione, che speriamo possa essere divenire in tempi ristretti totale, sarà ufficialmente attribuita a chissà quale contingenza astrale, sortilegio, o addirittura ignorata: siamo abituati a queste squallide prese di posizione. Ciò che conta è che Davide viva, si riappropri del suo corpo e della sua mente e che la signora Mirella ritrovi la serenità

Adolfo Di Bella

La rivista è pubblicata anche sul sito: www.alternativepervivere.com
a cura dell'Associazione Nazionale Famiglie contro il Cancro - onlus - Trento

Direttore Responsabile: Remo Casagranda - **Comitato di redazione:** Luisa Tamanini, Franco Daltrozzo, Maria Cristina Guieu, Ezio Casagranda - **Direzione, redazione, amministrazione:** Via Veneto, 24 - 38100 Trento - Tel. e fax 0461.913755 - **Registrazione:** Tribunale di Trento N° 897 / RS 7.3.96 - **Stampa:** Nuove Arti Grafiche (TN) - © **Tutti i diritti riservati.**

Iscriviti anche tu alla nostra Associazione, iscriviti anche se il cancro non è un tuo problema. Aiutaci a migliorare l'avvenire di chi è più sfortunato di te!

*C/C post. 15828387. C/C banc. 19/079990
Cassa Rurale di Trento, cab 8304, abi 1816.*

Contattateci ai seguenti numeri, siamo a vostra disposizione.

Tel. e fax 0461/913755

Cell. 338/3288142, 347/0443587

(dopo le ore 18.00 per i cellulari).

*Siamo in sede a Trento in via Veneto 24
il martedì e giovedì dalle ore 15 alle 18.00*

LA FEDERAZIONE CHE RIUNISCE LE ASSOCIAZIONI NAZIONALI

A.N.F.C.C. Trento - Tel. e fax 0461/913755 - fax. 471/500229 -
Via Veneto, 24 - 38100 Trento - www.alternativepervivere.com

A.I.A.N. Roma - Tel. 06/61283120 / fax. 06/6282641 - Via G. Soria 13 - c/o Opera don Calabria - 00168 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. Cortina/Belluno - Tel. 0436/866780

Via Roma 44 - 32040 Borca di Cadore-BL-

Associazione pro malati neoplastici "Di Bella" Mentana Tel. 338/7064718 - 347/3180053 - fax. 06/90015739 - Piazza della Repubblica - 00013 Mentana ROMA

A.I.A.N. Friuli - Tel. 338/3521997 - 0434/71842.