



Vignetta in ceramica, abitazione a Modena del professor Luigi Di Bella

Le Big Pharma... Conclusione

Adolfo Di Bella

08 Luglio 2011

Di truffa in truffa, fino alla sperimentazione del Metodo Di Bella

[Stampa](#)
[Text size](#)

Introduzione

Nei capitoli precedenti abbiamo cercato di rappresentare, con l'obiettività garantita dal ricorso ad autorevoli fonti terze, la tristissima e preoccupante decadenza della medicina contemporanea, e di individuarne le cause. In estrema sintesi, possiamo concludere che il fattore principale di questa realtà - percepita ormai da larghe fasce della pubblica opinione - sia da individuare nella generalizzata perdita di valori umani e culturali indotta dal mercantilismo sfrenato. Naturalmente abbiamo potuto solo accennare all'argomento, data la complessità e l'intricata rete di connessioni, ma confidiamo siano state sufficienti le manciate di pagine pubblicate per indurre alla riflessione i lettori e, quel che più conta, rafforzare il movimento di opinione che si sta facendo ogni giorno più nutrito. Abbiamo anche potuto verificare come, nonostante la nostra voce sottile sia sopraffatta da innumerevoli e ben supportati vocioni, lo scritto abbia indotto alcuni a riflettere sui temi trattati e indispettito altri.

Ma non basta denunciare: occorre sviluppare e consequenzializzare gli assunti esposti, evidenziando in chiaro a quali aberrazioni si sia giunti (ed a quali si possa ulteriormente arrivare) e, soprattutto, delineando i possibili rimedi. Proprio questo è il compito più difficile, perché cambiare consolidate concrezioni di potere, assetti sociali ed altrettanto radicate mentalità, richiede molto tempo ed uno sforzo corale di tutta la società del nostro tempo.

Se prima ci siamo rifatti a testi di autori ben documentati e, nel caso della professoressa Angell (ricordiamolo: direttrice per un ventennio del prestigioso *New England Journal of Medicine*) di scienziati di fama internazionale, adesso passeremo ad esaminare qualcosa di cui abbiamo conoscenza diretta e profonda, e puntualmente documentato. Non si potrà trattare di un'esposizione dettagliata come meriterebbe, soprattutto per forzati limiti di spazio, ma riteniamo sarà ampiamente adeguata nel presente contesto.

Non si tratta solo e tanto della famigerata sperimentazione del 1998, ma anche degli antefatti, risalenti ad una ventina di anni prima. Il nostro fine è dimostrare, grazie alla conoscenza capillare della vicenda ed a inconfutabili pezze d'appoggio, come sia possibile nascondere, censurare, far censurare, mistificare e, in ultima analisi, tagliare la strada della salvezza e della vita a milioni di malati. Come nostro costume, ci atterremo a fatti documentati, anche di fonte ostile: perché - è bene chiarirlo - gli attori di questo dramma (i registi sono noti, ma protetti apparentemente dall'anonimato) non solo sfigurano nel formale ruolo professionale, ma anche in quello di terzisti del male, per il quale occorre avere almeno un minimo di riprovevole *talento*. A questa incommensurabile mediocrità si devono, fra l'altro, alcune falle clamorose che hanno consentito emergessero retroscena e squallidi trucchi da prestigiatori da luna park.

Invitiamo i lettori ad astrarsi sia dal personaggio di questa vicenda storica che dalla fiducia o dallo scetticismo che li ispira, ed esaminiamo i fatti con razionalità, senza saltare subito a conclusioni né farsi condizionare da preconcetti, pro o contro essi siano. Ne scaturirà una chiarezza assoluta degli eventi, delle loro ragioni, degli sviluppi, delle conseguenze e - infine - del giudizio inevitabile che le obbligate conclusioni, non noi, daranno sulla nostra epoca. Vedremo che quanto emergerà si incastra perfettamente,

millimetricamente, nel ritratto a tutto tondo che si è fatto della medicina e del potere farmaceutico nei *capitoli* precedenti, costituendone la riprova più clamorosa e l'esempio di gran lunga più grave e terribile.

Cancro

Questo vocabolo terrorizza e annichilisce chiunque lo legga nel contesto di una diagnosi ricevuta. Perché si muore quasi sempre e sempre male. Di più: suscita orrore, perché è qualcosa che cresce diabolico dentro di noi, ci disfa, ci sfigura e analoga impressione suscita in chi ci sta vicino. Fino ad una sessantina di anni fa o poco più si sapeva ed ammetteva che l'unica vaga speranza poteva venire dalla chirurgia, soprattutto per ottenere una proroga di vita; anche se alcuni carcinomi mammari e qualche altra varietà di tumore, operati tempestivamente, non si erano ripresentati. Oggi la situazione è cambiata solo marginalmente in termini di mortalità, ma molto a livello di comunicazione e di business. Il cancro rappresenta la più florida e redditizia industria del ventesimo secolo, così come lo è stato, in continua progressione, nell'ultima metà del ventesimo.

Si sono sconfitte malattie endemiche che spopolavano intere nazioni, ed anche altre malattie funzionali, un tempo fatali, possono oggi essere dominate. Ma il cancro no. Come mai, dopo oltre mezzo secolo di ricerca organizzata e finanziata per cifre paragonabili a quelle bruciate nel secondo conflitto mondiale? La risposta, semplice e cruda, è che il cancro rende molto più del petrolio, dell'oro, dell'uranio messi assieme, perché i rimedi offerti costano un'enormità alla società ma quasi nulla a chi li produce.

Altri fattori attribuiscono all'*affare cancro* ulteriore ed inimitabile plusvalore. Quali sono? Primo: una domanda in continuo aumento ed immune da qualsiasi oscillazione di segno negativo; secondo: la paralisi della razionalità e reattività del paziente indotta dal terrore della malattia; terzo: il regime di oligopolio che interessa le vendite dei pretesi rimedi, i tecnici installatori, i piazzisti. Sessant'anni di buggerature e fallimenti hanno causato anche un altro negativo indotto: far prosperare le *cure alternative*, assolutamente non raffrontabili per entità all'utile connotato in quelle definite *ufficiali*, ma in ogni caso non sottovalutabili. I malati - paradossalmente - ne hanno ricavato a volte un beneficio: quello di non morire di cure, ma di cancro, spegnendosi

a volte in tempi più dilatati e con minori sofferenze. Infatti, se assurdità come i clisteri di caffè, innocui vegetali, inesistenti ascorbati, bicarbonati, psico-stupidaggini assortite, non possono costituire un'alternativa nemmeno nei confronti dei cicli tossici, altre proposte - con tutto il loro disdicevole empirismo - contengono a volte qualche principio utile, seppure in dosaggi platonici e con purezza mediocre.

È quindi sulla scia dell'insoddisfazione dei risultati conseguiti dalla medicina, del calo verticale di credibilità (e quindi di fiducia) causato dal contrasto clamoroso tra esiti proclamati ed evidenza della realtà, che sono prosperate nei decenni le *terapie alternative*: finalizzate al lucro esattamente come quelle ufficiali (ci riferiamo ai produttori di farmaci). Tanto è vero che da tempo alcuni giganti dell'industria farmaceutica hanno acquistato partecipazioni o interamente incorporato aziende che producevano rimedi alternativi. La concorrenza è infatti solo sul piano del business, non su quello terapeutico, dato che né per l'una né per l'altra via il malato riesce a raggiungere la salvezza. Negli USA, da una parte 2 oncologi su 3 hanno dichiarato che, se colpiti da tumore, rifiuterebbero la chemioterapia; dall'altra, quasi la metà dei malati di tumore si rivolge alla medicina alternativa: cosa che ovviamente non potrebbe accadere se vi fosse corrispondenza, anche parziale, tra i successi dichiarati e quelli avvertiti dalla collettività. La differenza tra l'Italia ed altri Paesi europei e gli USA è che i cittadini americani, grazie a mass media non totalmente soggiogati e ad un certo timore nei loro confronti da parte dei potentati economici, considerano con molto maggiore scetticismo la proclamata efficacia delle cure ospedaliere. Prendendo atto di questa realtà, che solo una farmacologia antitumorale più efficace potrebbe cambiare, il National Cancer Institute, pur pesantemente condizionato dal potere oncologico, pubblica risultati assai più prudenti di quelli megafonati nel nostro Paese. Pochi hanno osservato una curiosa incongruenza: quella per cui nella nazione produttrice della maggior parte dei rimedi contro il cancro i risultati annunciati siano molto meno brillanti di quelli nostrani, nonostante i protocolli e relativi farmaci siano identici. Ma si sa, il Bel Paese è terra, oltre che di navigatori e poeti, di santi: perchè meravigliarsi, allora, dei miracoli degli italici oncoterapeuti?

Torniamo ora alla faccenda del fatturato ufficiale e di quello *alternativo*. Visto come vanno le cose, si è pensato di predisporre il *paracadute* delle

acquisizioni o delle incorporazioni. Inoltre, se cala il giro d'affari, si può in parte sopperire con l'aumento dei prezzi, recuperando con la mano sinistra quello che si perde con la destra. Grossi problemi, d'altronde, non possono nascerne dal diffondersi dell'alternativo, anche se questo dà un poco di fastidio; c'è anche da dire, comunque, che ciò offre la possibilità di dimostrare che si vive in un'epoca di libertà e di tolleranza, e non, come invece è, in una tirannia occulta. Inoltre, considerati gli esiti relativi, limitati nel migliore dei casi a minor sofferenza, ci sarà sempre modo di dire alla collettività: «*Vi siete allontanati? Non ci avete voluto credere? Ebbene, guardate cosa ci avete ricavato!*». C'è poi sempre modo di ribattere alle critiche con ampollose disquisizioni sui nuovi *farmaci biologici* (che biologici non sono), inesistenti ed impraticabili interventi sul DNA, mirabolanti proprietà delle cellule staminali e così via. È quello che malati smarriti, ma agguerriti, si sono sentiti rispondere quando hanno espresso la loro sfiducia nell'oncologia corrente: «*Abbiamo una nuova cura sperimentale che viene dall'America e che finora ha dato risultati notevoli: il 57,3358723% di guarigione*»! Ci sono stati riferiti non pochi casi nei quali queste nuove cure sperimentali consistevano in chemio con composti del platino (disponibili da una ventina d'anni, fallimentari come e più degli altri, ma egualmente proposti, e finanziati dallo Stato, quali ultimo grido di itinerari sperimentali!).

L'unico caso nel quale i Golia pillolo-fialettari *potrebbero svegliarsi* dal loro aureo torpore e reagirebbero senza risparmio di mezzi sarebbe il comparire di rimedi realmente efficaci («*proponeteci tutto, purchè non funzioni!*»). In tali evenienze la sirena di un allarme esiziale risuonerebbe nei grattacieli che ospitano gli strateghi di Big Pharma; e sarebbe fatto squillare presso le loro ambasciate in ogni parte del mondo. Questo accadrebbe anche se, per mera ipotesi, i nuovi farmaci fossero loro offerti gratuitamente per la brevettazione dagli inventori e consentissero ricavi superiori a quelli attuali. Perché - come osservato e ribadito da studiosi ed autori che abbiamo citato - non è solo e tanto l'entità del fatturato contingente, ma la sua costanza e cronicità ad interessare: questo impone che il malato debba rimanere malato. Quando gli si è succhiata tutta la linfa euro o dollaro-utile, allora lo si può rottamare, come si fa con gli elettrodomestici. Se poi, oltre al peccato capitale di funzionare, una nuova terapia fosse basata su sostanze economiche e - jattura sovrana - su sostanze fisiologiche non brevettabili o loro analoghi, allora le scale del piramidale sistema *feudal-farmaceutico* risuonerebbero di passi

concitati. Il vassoio di patate bollenti passerebbe freneticamente dalle mani di *grandi feudatari* a quelle di vassalli, valvassori e valvassini, ed oltre alle sirene degli allarmi di direzioni ed ambasciate strillerebbero anche quelle della bassa manovalanza, della servitù, alla quale toccherebbe in ultima analisi montare su centinaia di autopompe e correre a spegnere l'incendio. Questa, in estrema sintesi, la cronistoria del Metodo Di Bella.

Il limite di questo *impero del male* è un limite autoctono: l'ingordigia insaziabile di denaro e di potere, un paranoico senso di onnipotenza lievitato nei decenni, l'incapacità di accontentarsi e di comprendere che il troppo stroppia. In sintesi, l'assenza di vera intelligenza. Perché la furbizia non è altro che l'intelligenza degli stupidi.

Molti ricercatori seri hanno continuato ad impegnarsi con passione e costanza, ma hanno incontrato crescenti ostacoli o difficoltà a causa della crescita esponenziale della pretesa attività di ricerca sostenuta dalle case farmaceutiche, che ha drenato ogni risorsa statale disponibile e creato una sorta di interessato monopolio. Così, se da una parte venivano alla luce conoscenze sempre più profonde e dettagliate sull'eziopatogenesi del cancro, dall'altra si colonizzava l'editoria scientifica, si condizionavano cariche istituzionali sanitarie, si confezionavano lavori clinici e sperimentali propedeutici unicamente al lancio di nuovi farmaci antitumorali. Ma si è verificato - inevitabile - un altro evento di incalcolabile pregiudizio per il progresso della medicina: lo scollamento sempre più profondo tra ricerca e pratica clinica, tra conoscenze ed acquisizioni della prima e involuzione culturale della seconda. Questa scissura porta come conseguenza pragmatica ad un ritardo a volte anche di quaranta e più anni tra ciò che si sa e si potrebbe applicare e quanto si applica. Anche questo tristissimo fenomeno è alla base della paralisi nel progresso delle terapie antineoplastiche e del prosperare di terapie empiriche.

La cronistoria delle pretese cure per il cancro diverse da quelle ufficiali fa registrare alcuni elementi comuni e ricorrenti: carenze culturali dei proponenti, ravvisabili anche nello smunto (o inesistente) profilo del loro curriculum scientifico/accademico; assenza di un *razionale* articolato formatosi dopo un lungo e rigoroso lavoro sperimentale presentato e discusso in congressi o convegni scientifici; inattendibilità delle diagnosi, lacunose e

fatte dagli stessi pretesi scopritori, non già in pubblici ospedali; scarsità di pazienti trattati in grado di testimoniare dei benefici avvertiti; rilevabilità di interessi economici più o meno abilmente celati.

Curiosamente, anche quando si era trattato di illusioni (peraltro possibili solo per terapie improvvisate ed episodica applicazione clinica) gli ideatori di queste tesi sono stati messi alla gogna se avevano osato criticare le procedure correnti. Quanto alle critiche: avevano ragione di criticare o si trattava solo di reazione all'essere stati ignorati? Bisogna tornare a quanto detto prima: qualsiasi turbatore della *normalizzata pace* oncologica è visto con sospetto prima ancora di sapere cosa propone. Di conseguenza chiunque non sia partorito in certi ambienti con l'intervento di levatrici a busta paga è un potenziale nemico.

Sia come sia, l'unico discorso che la comunità oncologica, in caso di nuove cure risultate inefficaci, ma concepite con onestà intellettuale, avrebbe potuto fare, sarebbe stato quello di dolersi non per la minore o inesistente attività rispetto alle cure disponibili, ma per l'essere le nuove inefficaci quanto le vecchie. Per tale ragione le autorità sanitarie avrebbero dovuto attenersi al nobile operato del senato romano, quando, dopo il disastro di Canne, aveva ringraziato il console Gaio Terenzio Varrone per «... *non avere disperato delle sorti della Repubblica*» (Tito Livio).

Vediamo allora, alla luce dei punti sopra esposti, se questi elementi ricorrenti potessero riferirsi al professor Luigi Di Bella o no. Si tratta di notizie che abbiamo, in parte, già dato, ma vale ripeterle, dato che la curva audiometrica di certi orecchi non ricomprende certe frequenze: quelle della verità.

Professor Luigi Di Bella

A) Curriculum scientifico-accademico (sintesi). Università di Messina: viene richiesto come allievo interno dal professor Pietro Tullio, allievo di Pietro Albertoni e considerato il più eminente fisiologo del tempo, candidato al Nobel per la medicina nel 1930 e nel 1932 (confronta il sito ufficiale per il conferimento del Premio Nobel: [The Nomination Database for the Nobel Prize in Physiology or Medicine, 1901-1953](#)).

Diventerà suo assistente. Nel 1932, ancora diciannovenne, pubblica il suo primo lavoro (*Eccitazione neuromuscolare mediante campi elettrici variabili, del professor Pietro Tullio e di Luigi Di Bella, allievo interno, Bollettino Italiano di Biologia Sperimentale, volume VII, fascicolo 7, 1932*). Partecipa e vince quattro concorsi nazionali, utilizzando i premi previsti per mantenersi agli studi e aiutare i familiari. Viene segnalato all'allora presidente del CNR, Guglielmo Marconi, che gli conferisce, all'inizio del 1937, una Borsa di studio e lo contatta per una proposta di collaborazione con il CNR. Quando consegue la prima laurea in medicina (luglio 1936) ha già pubblicato nove lavori sulle più accreditate riviste scientifiche italiane del tempo. A questo proposito lo stesso Tullio dichiara in un attestato del 20 ottobre 1938: «...: *il Di Bella ha collaborato attivamente a quasi tutte le ricerche eseguite negli Istituti da me diretti dal 1930 al 1938, dimostrando intelligenza vivissima, intuizione rapida, valutazione esatta, tanto da indurmi a non intraprendere ricerca senza prima consultarmi con lui... I rimanenti lavori in collaborazione spettano per esecuzione e stesura al Di Bella, essendomi io limitato a dettarne l'introduzione e le citazioni bibliografiche. La mia sincera convinzione è che se il Di Bella raggiungerà la mèta ne guadagnerà certamente la Fisiologia italiana. Con grande dolore mi distacco dal Di Bella e mi vedo negato l'orgoglio e la soddisfazione di offrirgli quella protezione di cui avrebbe particolare bisogno per la sua timida riservatezza e che meriterebbe invece per il suo alto valore, quale solo chi l'ha visto lavorare indefessamente per otto anni in disperate condizioni economiche, può in verità attestare. Professor Pietro Tullio*».

Nello stesso anno della laurea vince il concorso per assistenti e, ventiquattrenne, inizia ad insegnare all'Università di Parma Fisiologia e Chimica Biologica. Nel 1938 consegue la laurea in Farmacia e quella in Chimica e scrive un testo di Chimica Biologica, nel quale già si ipotizza l'uso di retinoidi in connessione al fenomeno della crescita. Nel 1939 è incaricato dell'insegnamento della Fisiologia Generale e della Biochimica all'Università di Modena. Dopo la parentesi del conflitto mondiale (che lo vedrà direttore di un Ospedale Militare in Grecia) nel settembre 1948 consegue la libera docenza in Fisiologia Umana (classificandosi primo fra sessanta concorrenti) e nel novembre successivo in Chimica Biologica (primo fra 28 concorrenti). Oltre all'insegnamento a studenti delle facoltà di Medicina, Farmacia, Scienze Biologiche e Scienze Naturali, svolgerà il suo ruolo di docente in diverse

scuole di specializzazione. Pubblicherà circa duecento lavori scientifici, l'ultimo dei quali l'anno precedente la scomparsa, dopo aver comunicato in oltre cento Congressi Scientifici, metà dei quali Internazionali. Intratterrà una nutrita corrispondenza con scienziati di fama mondiale conosciuti in occasione di congressi, tra i quali: L.C. Pauling (premio Nobel), Epstein, A. Lerner, J. Axelrod (premio Nobel), J. Arendt, D. Gupta, R. Reiter.

B) Primi lavori pubblicati

I primi lavori pubblicati (Boll. Sc. Biol., Arch. It. di Fisiologia) sono su *Vitamina A e Betacarotene* e risalgono agli anni 1940-41. I primi esperimenti che provano l'influenza di strutture cerebrali sull'emopoiesi risalgono alla seconda metà degli anni sessanta. Procedure e risultati vengono illustrati in un lavoro comunicato al Congresso di Alghero (1969) e pubblicato (*Ruolo del sistema abenulo-ipofisario nella regolazione del tasso piastrinamico*, Boll. S.I.B.S., volume XLV, numero 2obis, 31 ottobre 1969). Il lavoro sperimentale viene vivamente elogiato e definito un'importante scoperta dal professor Moruzzi, presente al congresso, che gli indirizzerà numerosa corrispondenza (ancor oggi consultabile). Per la cronaca, **Giuseppe Moruzzi** era ritenuto il massimo fisiologo vivente (confronta http://it.wikipedia.org/wiki/Giuseppe_Moruzzi: «Moruzzi è stato giudicato uno dei più grandi scienziati italiani del XX secolo»). Dopo aver presentato in 11 congressi nazionali gli approfondimenti e gli sviluppi delle ricerche citate, completate con la collaborazione dei suoi assistenti (molte delle quali relative agli effetti su cavie della melatonina) verrà invitato dal professor **Domenico Campanacci**, il più celebrato clinico del tempo, sui cui testi (*Manuale di patologia Medica*, in IV volumi) si sono formate generazioni di medici, e presidente della Società Medico Chirurgica di Bologna (confronta www.archivistorico.unibo.it/System/72/452/campanacci.pdf), a tenere una conferenza presso la sede dell'Archiginnasio di Bologna sul razionale e sui primi risultati delle sue vedute terapeutiche il 7 dicembre 1973 (una sintesi della conferenza verrà pubblicata nel *Bollettino delle Scienze Mediche*, organo della Società e Scuola Medica Chirurgica di Bologna, anno CXLV, fascicolo I, 1974.) (Per maggiori particolari: <http://www.dibellainsieme.org/discussione.do?idDiscussione=1513>). Il professor Campanacci non solo manifesterà la sua ammirazione per le ricerche ma approverà, anche come clinico, i primi approcci terapeutici del

professor Di Bella, concludendo la seduta con l'invito ai medici presenti perché collaborassero (esiste registrazione audio della conferenza).

Dalla fine degli anni sessanta aveva iniziato a trattare diversi casi ematologici con l'impiego di melatonina (allora sciolta in alcol etilico) Metionin-adenosina, HIOMT, vitamina E, vitamina A, vitamina D3 ed altri principi attivi, con la collaborazione del professor **Edoardo Storti**, uno dei più illustri ematologi del dopoguerra (www.ferrata-storti.org/storti.html), presidente della Società Italiana di Ematologia dal 1973 al 1976, che intratterrà con lui per oltre vent'anni una nutrita e cordiale corrispondenza, intervenendo con parole di alta stima in un'intervista dell'autunno 1997 e indirizzandogli alcuni pazienti (come testimoniano lettere autografe).

Anche il professor **Emilio Trabucchi**, *mostro sacro* della farmacologia italiana, gli manifesterà la sua ammirazione, definendo la sua una «*scoperta destinata a far progredire le nostre conoscenze in un settore di così eccezionale importanza sotto un aspetto scientifico e di sensibilità umana*».

Nonostante la stima di queste alte personalità scientifiche, nonostante si conoscano, in tutto il mondo, solo 500 casi di leucemici vissuti 5 anni dalla diagnosi, e nonostante la traumaticità dei protocolli allora comunemente seguiti (molti bambini, prima di morire, erano diventati ciechi e i decessi erano più iatrogeni che dovuti alla malattia), l'annuncio di una nuovo orientamento per la terapia delle emopatie viene accolto con viva ostilità e quasi totale chiusura dagli ambienti ematologici italiani (esattamente come avverrà venticinque anni dopo), si tenterà di togliere allo scienziato un incarico universitario (riottenuto dopo l'intervento di un legale) e lo stesso professor Storti, nel frattempo trasferito a Pavia, sarà *consigliato* di interrompere la collaborazione.

L'estate dell'anno successivo comunica sul razionale scientifico ed i primi successi terapeutici al Congresso Mondiale di Fisiologia di New Delhi (Luigi Di Bella, M. T. Rossi, *Nervous control of thrombocytopoiesis*, IUPS-International Union of Physiological Sciences, 1974), riscontrando vivissimo interesse ed entusiasmo da parte dei ricercatori presenti. Un suo lavoro, presentato anni dopo ad un importante Congresso Mondiale (Congresso EPSG, Amsterdam, novembre 1978), e riguardante il razionale del suo

Metodo ed un rapporto sugli esiti su parecchie centinaia di tumori (polmonari, dello stomaco, del seno, osteosarcomi e linfomi) della terapia, che già da tre anni comprende la somatostatina, sarà pubblicato in extenso (L. Di Bella, M. T. Rossi, and G. Scalera, Cattedra di Fisiologia Generale, Università di Modena, *Perspectives in pineal functions - Progress in Brain Research*, volume 52, Editors J. Ariëns Kappers and P. Pever © 1979, Elsevier/North-Holland Biomedical Press). Dopo numerosi altri lavori comunicati in congressi internazionali, nel 1988, in occasione del Symposium on Melatonin and the Pineal gland - Hong Kong, illustrando il lavoro presentato (L. Di Bella, *Melatonin in cancer therapy*) definisce il suo Metodo «*Terapia Biologica dei tumori*».

C) Pazienti trattati

I pazienti trattati sono stati - provatamente - migliaia, probabilmente più di 30.000. Cifra che non potrebbe assolutamente spiegarsi senza un meccanismo di passa-parola, dato il pressoché ermetico silenzio stampa. Ma - e l'espressione ci pare particolarmente confacente - qui casca l'asino: il passa-parola presuppone, per forza di cose, la soddisfazione del paziente o dei suoi familiari. Anche perché, in aggiunta, bisognerebbe sostenere che la forza della suggestione è stata tanto intensa da consentire a pazienti, in eccellenti condizioni di salute, di testimoniare la loro gratitudine anche venti o trent'anni dopo. La tesi che questo meccanismo si sia affermato perché il medico aveva poteri ipnotici, e con un *a me gli occhi* convinceva i malcapitati che stavano meglio o addirittura erano guariti, può essere sostenuta solo da chi *deficit* di intelligenza o di onestà. La seconda ipotesi - che si sia trattato di allocchi o di imbecilli - oltre ad essere insostenibile, espone i baldi e scientificissimi *fan dell'illusione collettiva* al rischio di gluteo-podo-trattamento intensivo da parte dei pazienti, o di qualche querela.

I malati non si erano rivolti, per la diagnosi, ad un *guru* dallo studio invaso da puzzolenti fumi speziati e che li aveva invitati a sedute di *meditazioni trascendentali* condite da cantilene a base di *aummmmmmm...*, ma erano transitati precedentemente nei reparti di oncologia od ematologia, avevano fatto i consueti esami analitici, istologici, radiografici, e il più delle volte erano stati trattati con le metodologie di rito con esiti negativi. Avete mai sentito di malati *guariti* che abbandonano i guaritori e si cercano altri medici? La loro

documentazione - attenzione, perché questo è un punto fondamentale - era tutta riscontrabile negli archivi ospedalieri. Terza ed ultima ipotesi: il medico, in realtà, aveva poteri soprannaturali che gli consentivano di fare miracoli. In tal caso sarebbe stato doveroso adoperarsi per la canonizzazione in vita. Avrebbe meritato anche questo riconoscimento a dire il vero, ma non per supposti miracoli, bensì per l'umanità genuina, la bontà, il bene fatto disinteressatamente per una vita, le ingiustizie sopportate cristianamente. Giuseppe Moscati – anch'egli grande fisiologo - aveva fatto un proselite.

D) Interessi

Quanto agli interessi la faccenda era ancor più imbarazzante: non solo rifiutava qualsiasi onorario, non solo spesso aiutava con discrezione i malati bisognosi, ma aveva rinunciato a qualsiasi ipotesi di brevettazione e della Melatonina coniugata e della Soluzione di retinoidi, possibile non per le sostanze usate (esistenti in natura) ma per la loro combinazione e la formulazione.

Questo il quadro sintetico complessivo. Riferendoci agli anni 1973-74, cosa avrebbe avuto il dovere di fare il suo Paese e cosa la classe medica della quale, disgraziatamente per l'umanità, questa povera Italia disponeva? Torniamo a ripetere in sintesi, prevalentemente a beneficio di cervici coriacee o coscienze disastrose, quanto abbiamo appurato. Tre lauree, due docenze, quattro concorsi nazionali vinti da studente; osannato dal massimo fisiologo dell'anteguerra due volte candidato al Nobel (il professor Pietro Tullio), aveva colpito e interessato per il suo ingegno un Marconi; la scoperta dell'influenza del SNC sull'emopoiesi, nel 1969 aveva entusiasmato il massimo fisiologo vivente, Giuseppe Moruzzi (definito, ripetiamo, «... *uno dei più grandi scienziati italiani del XX secolo*»), mentre sia sotto il profilo sperimentale che terapeutico aveva suscitato enorme interesse nel più autorevole farmacologo del tempo (professor Trabucchi), nell'ematologo più celebrato (Edoardo Storti), nell'ultimo grande clinico italiano (Domenico Campanacci). *Non era abbastanza?* C'erano o non c'erano - e ad abundantiam - tutte le credenziali per avere la certezza che ci si trovava di fronte ad uno scienziato e ad un medico degno della massima considerazione, e non di fronte ad un ciarlatano o ad un personaggio non credibile?

Attenzione: stiamo parlando, semplicemente, di una sua indiscutibile credibilità, **non** dell'automatica certezza che si trattasse della sospirata via per sconfiggere cancro e leucemie! Ma ci sono due particolari che - considerando gli eventi con un minimo di senno ed onestà (il ricorrere ossessivo di quest'ultimo vocabolo è più che giustificato!) - venivano ad aggiungersi:

- 1) l'impotenza terapeutica, in particolare, di fronte alle leucemie, dimostrata dagli appena 500 malati che avevano raggiunto i cinque anni di (tribolatissima) esistenza;
- 2) L'iter sperimentale scrupolosamente descritto sia durante la conferenza di Bologna che nel corso della comunicazione al Congresso Mondiale di Fisiologia.

Soffermiamoci un istante. Era lecito fare spallucce di fronte ai soli 500 sopravvissuti cinque anni con la chemioterapia? O costituiva forse un crimine fra i più atroci della pur crudele storia dell'umanità? Non diamo risposta perché questa è insita - quantomeno per un uomo che si consideri onesto - nella domanda e nella documentata realtà. Ma passiamo all'iter sperimentale, argomento che, al di là del caso sul quale ci stiamo diffondendo, è di importanza capitale per chiunque voglia capire cosa sia scientifico e cosa no.

Che cosa significa *scientifico*? Semplicemente un fenomeno che è certo. E cosa è **certo**? Ciò che, **essendo riprodotto** esattamente secondo le modalità descritte, **dà sempre lo stesso risultato**.

L'esperimento fatto dal professor Luigi Di Bella era stato minuziosamente codificato in tutte le sue fasi, particolarità tecniche, e nel risultato. Consisteva nel sollecitare le habenulae, strutture cerebrali nella zona dell'epitalamo, con un certo tipo di corrente. In seguito alla stimolazione, le piastrine in circolo aumentavano del 300% ed oltre. Continuata la ricerca sperimentale, si era determinata anche la causa di questo aumento: la sollecitata increzione di melatonina da parte della pineale. L'implicazione della scoperta era di immensa portata, non solo perché gettava luce su un fondamentale meccanismo dell'emopoiesi - sovvertendo le teorie indimostrate fino ad allora appoggiate - ma comportava immediate e chiarissime implicazioni sulla terapia delle emopatie, piastrinopenia in primis. Una scoperta - come d'altronde fu osservato ventotto anni dopo durante un convegno scientifico - da premio Nobel: intendiamo dire, un premio Nobel serio. Non c'è da

discutere, ma solo da prenderne atto. Beninteso, avendo a disposizione - minuziosamente descritto - il modo di appurare la veridicità dell'affermazione: la ripetizione dell'esperimento.

A nessuno passò minimamente dall'anticamera del cervello l'idea di ripetere la prassi sperimentale per verificare:

1) se davvero si verificava l'aumento delle piastrine in circolo

2) se questo dipendeva dall'incresione di melatonina. Sarebbe cambiato il mondo, perché da questo all'applicazione terapeutica il passo era ovvio e breve. Nessuno lo fece. Perché??? Sono migliaia di morti dalle loro tombe a chiederlo a quanti, potendolo fare, non lo fecero, assumendosi la responsabilità della sofferenza e della morte di innumerevoli esseri umani. Non si scappa, non c'è nessun mi e nessun ma: o si attuava un controllo sperimentale e si dimostrava l'errore dello scienziato, o si riscontrava la puntuale conferma degli assunti, avvenuta la quale era giocoforza agire di conseguenza sotto il profilo terapeutico. ***Il fenomeno è stato riprodotto da altri ricercatori*** con puntuale conferma di tutte le osservazioni dello scienziato: ma questo non avvenne in Italia e non avvenne subito, ad imperitura vergogna del nostro Paese.

Cosa avrebbe potuto e dovuto fare lo Stato? Cosa ematologi ed oncologi? Cominciamo a rispondere alla seconda domanda variandone la forma: cosa **non** avrebbero dovuto fare? Arroccarsi in privilegi immeritati e ricordarsi invece del giuramento fatto all'atto della laurea.

Quanto allo Stato, sarebbe stato suo ineludibile **dovere**, anzitutto, contattare lo scienziato e chiedergli di ripetere l'esperimento accennato davanti a ricercatori di propria fiducia. Fatto questo, offrirgli la più ampia collaborazione possibile. Teniamo conto che la notizia (in alcun modo spinta o incoraggiata dal protagonista della vicenda) era apparsa su tutti i quotidiani nazionali e su molti esteri. Da una parte, mettendogli a disposizione mezzi strumentali e collaboratori si sarebbero enormemente accelerate le programmate ricerche sperimentali; dall'altra, incaricando Storti e proteggendolo dalle malevolenze di colleghi ostili, si sarebbe potuto avviare un progetto di sperimentazione clinica, raccogliere dati rigorosamente

documentati, studiare, far studiare e seguire i casi di remissione, fornendo così un aiuto determinante per la pubblicazione dei risultati. Teniamo conto che tutte le componenti della terapia erano prive di tossicità e controindicazioni, a differenza dei micidiali protocolli di rito, fra l'altro totalmente a carico dello Stato (e, quindi, dei contribuenti). È doveroso sapere che uno dei tanti ostacoli che lo scienziato dovette superare fu costituito dal fatto che per sette anni volle sostenere personalmente il costo della melatonina (e della sua costosa preparazione in confezioni iniettabili), fornendola comunque gratuitamente ai pazienti...

In ogni caso, ove - a mero titolo ipotetico - le premesse non fossero state confermate dai fatti, ci sarebbe stata sempre la possibilità di dire allo scienziato che facesse il favore di tacere e non sostenere oltre l'insostenibile. Invece ci fu il **silenzio**: o meglio, il silenziamento. Ma all'estero (soprattutto all'estero) la cronistoria delle ricerche sulla melatonina, a partire dal 1973/1974, fa registrare una nettissima impennata ed una comprensione sempre più vasta delle importantissime e vastissime azioni della molecola. Se nel 1974 la comunicazione al Congresso Mondiale di Fisiologia di New Dehli era stata preceduta da 33 anni di ricerche, i rinnovati clamori della vicenda Di Bella (iniziati negli anni 1995-96) si riferivano ad una concezione scientifica basata su mezzo secolo di ricerche sperimentali ed un quarto di secolo di conferme cliniche! Nonostante questi dati, verificabili da chiunque, venne rimproverato allo scienziato di non avere seguito l'esempio di altri colleghi, che per anni ed anni avevano svolto in silenzio la loro ricerca prima di fare proposte terapeutiche... !!!

È inoltre da tenere presente che centinaia di prescrizioni erano state fotocopiate ed erano circolate nei reparti ematologici e oncologici per anni ed anni: nulla vi sarebbe stato di più facile che controllare le diagnosi e la storia clinica dei pazienti! In molti casi fu fatto: ma tacendo sui risultati, che erano positivamente scioccanti. Probabilmente si dormivano sonni tranquilli, pensando che lo scienziato non poteva disporre - specie dopo il pensionamento dall'Università - di alcuna collaborazione e che presto, dati i problemi di età, avrebbe tolto il disturbo. Ma nel 1995 ci fu il boom della melatonina e qualcuno, pensando ad un Luigi Di Bella casalingo e con le pantofole ai piedi, si presentò quale vate. La paternità delle sue acquisizioni emerse invece inevitabilmente (Russel Reiter, in un congresso internazionale,

lo aveva definito «*il padre della melatonina*»), e saltarono fuori anche migliaia di persone e di famiglie che testimoniarono a favore della sua terapia.

Quando qualche valvassino pensò di rimediare facendo aumentare a limiti iperbolici il costo della somatostatina (questa, in singolarissimo contrasto con le leggi della produzione farmaceutica, lievitò di dieci volte, raggiungendo le 516.000 lire per dose giornaliera contro le 3.500 lire di costo industriale, mentre un anno più tardi qualche farmacista ritirò la sostanza grezza dalla Bachem - il miglior produttore mondiale - e, dopo le necessarie semplici lavorazioni, vendette la somatostatina a 11.000 lire), i pazienti cominciarono ad organizzarsi fondando associazioni e protestando energicamente. Questa, non altra, fu l'origine del movimento di opinione che si creò e delle proteste. Le testimonianze faranno giungere ai tavoli del ministero della Sanità qualcosa come 10.000 fax, diligentemente ignorati e seguiti anzi da pronunce sprezzanti delle commissioni sanitarie. La tesi è che non esistono prove scientifiche dell'attività antitumorale dei componenti del Metodo Di Bella. Ma una società scientifica del modenese appurerà, dopo una ricerca attenta su Medline, l'esistenza al 31 dicembre 1997 di **7.040 lavori**: si badi bene, lavori clinici sull'uomo. Questi dimostrano il contrario di quanto sostenuto dalle commissioni ministeriali: sono 2.817 sulla somatostatina, 1.582 sui retinoidi, 1.504 sulla bromocriptina, 819 sulla vitamina E, 318 sulla melatonina. Due soli esempi, a dimostrazione che non si tratta di cifre da estrazione del lotto, che evidenziano come già da anni si sappia come somatostatina e/o octreotide funzionino prescindendo dalla cosiddetta *natura endocrina* del tumore e che riguardino una vasta gamma di patologie.

Un primo lavoro del 1991, *Non-endocrine applications of somatostatin and octreotide acetate: facts and flights of fancy*: Mozell-EJ; Woltering-EA; O'Dorisio-TM - Dis-Mon. 1991 Dec; 37(12): 749-848, «... a review of the current non-endocrine applications of somatostatin and its analogues, covers a wide range of potential applications for somatostatin-like compounds... ».

Un secondo lavoro del 1992, *Somatostatin-Analog (Octreotid) in klinischen Einsatz: neuere un potenti elle Indikationen*: Meier-R, Dierdorf; Gyr-K - Schweiz-Med-Wochenschr. 1992 Jun 20; 122 (25): 957-68. («... the antiproliferative effect of octreotide also allows its use in patients with

somatostatin-receptor-positive non-endocrine solid tumours (e. g. brain, breast and small-cell lung cancer»).

Evidenze scientifiche tanto inequivocabili da far cadere i denti ai critici del Metodo Di Bella e che, in una società normale, avrebbero dovuto e dovrebbero portare al licenziamento in tronco e, subito dopo, alla denuncia di supponenti baroni in camice bianco e componenti di commissioni sanitarie: perchè la loro ignoranza - congenita o dolosa che sia - è inescusabile ed ha provocato lutti e dolore.

Ma riprendiamo la cronistoria. Si dice allora che sì, è vero che esistono tanti lavori, ma sulle singole sostanze, non sul loro impiego in simbiosi! Arriviamo al dunque. Dopo che sono pretese cento cartelle cliniche, ne sono inviate dalle associazioni in numero di poco inferiore a quello richiesto, i baldi esaminatori concludono che... non si possono trarre conclusioni. Poi, di colpo, anche se beninteso le cartelle non dimostrano nulla in modo incontestabile... ora ci sono le condizioni per procedere ad una sperimentazione. Non c'era di che preoccuparsi, avevano evidentemente convenuto. E si vedrà che c'erano buone ragioni per questa tranquillità.

È venuto il momento di elencare alcune delle anomalie, ognuna delle quali, autonomamente, porta a considerare una (tragica) farsa la cosiddetta *sperimentazione* e che avrebbe dovuto portare - in un Paese civile - all'immediata ed automatica invalidazione della sperimentazione. Perchè - torniamo al fondamentale punto di partenza - un esperimento può definirsi scientifico solo quando i parametri sono rispettati tutti, senza eccezioni e con precisione assoluta.

1) Lo studio retrospettivo

C'era un piccolo timore, una possibile variabile in tanta certezza: la documentazione clinica che poteva avere il professor Di Bella. Sarebbe stata proprio una beffa dispiegare tanto impegno e sopportare tanti patemi e poi vedersi smentire in modo clamoroso. In realtà la documentazione era costituita dagli esami che avevano lasciato alcuni pazienti, che di per sé, non completati in successione temporale e costantemente aggiornati, potevano costituire un supporto probatorio formidabile se implementati attingendo agli

archivi ospedalieri (cosa che un'organizzata ricerca svolta da un gruppo di lavoro, con autorizzazione ministeriale ad accedere alla documentazione clinica, avrebbe potuto fare in brevissimo tempo).

Ostentando sincero interesse, un'epidemiologa (omettiamo nome ed evitiamo giudizi, trattandosi di persona scomparsa nel 2009, pare - ironia della sorte - dopo *lunga malattia*) chiese e ottenne, su incarico del ministero, di accedere all'archivio del professor Luigi Di Bella, in parte informatizzato ad opera di due volontari, suoi vecchi allievi che lo avevano avuto quale relatore nella tesi di laurea.

Esponiamo, seppure succintamente, l'operato dei visitatori, giunti nello studio-laboratorio di Modena il 4 febbraio 1998. Questi esaminarono **3.076 cartelle**, cioè quella parte, minoritaria, che era stata informatizzata. Tanto per gradire, una metà venne scartata, o perché si ritenne che la diagnosi non fosse provata con certezza, o perché si trattava di patologie non neoplastiche (bazzecole come sclerosi multiple, Alzheimer, lupus maligni, eccetera...). Delle 1.523 sopravvissute ne vengono prese in considerazione solo 605. Perché? Perché solo queste riguardavano pazienti residenti in regioni coperte dal Registro Tumori (che rappresentava solo il 15% del territorio nazionale)...! Delle 605 ne vengono scartate altre 291, in quanto... non sarebbe esistita la prova che i pazienti fossero stati trattati col Metodo Di Bella (che erano venuti a fare, forse per farsi una briscola o per sottoporsi a qualche ciclo di chemio...?). Ma abbiamo a che fare con persone ordinate, pratiche, che vogliono fare pulizia: di conseguenza altre 66 cartelle finiscono nella virtuale pattumiera. E sapete perché? In 38 casi i pazienti risultano *persi* (... sic...) e per altri 28... non c'è tempo di assumere ulteriori informazioni! Alla fine del massacro rimangono solo 249 *casi* valutabili. Ma niente paura: solo in quattro casi risulterebbe con certezza che hanno fatto solo il Metodo Di Bella!!! Di questi quattro, uno solo risulta *guarito*!!! L'epidemiologa - che insieme ai colleghi aveva espresso, quantomeno all'ospite e a tre collaboratori che allora frequentavano il laboratorio, e tutt'oggi disponibili a dare la loro testimonianza, la sua ammirata meraviglia per i risultati osservati - in aprile stende la sua relazione per il ministero. Puntuale, qualche settimana dopo, escono titoloni dei giornali: «*Su oltre tremila pazienti curati dallo scienziato solo quattro hanno fatto la sua cura e di questi solo uno era guarito!!!*».

Uno su tremila!!! Ma che uomo è questo Di Bella??? È facile immaginare

l'impatto psicologico sui pazienti in sperimentazione e le conseguenze (sperate) sulla loro determinazione a continuare!!! L'epidemiologa scrisse una assai fumosa lettera di scuse al professor Di Bella il 18 maggio successivo, concludendo che «... *finora non sono riuscita a sapere chi è il/la responsabile di questa gravissima scorrettezza*»!!! Ma guarda un po'! La relazione la conoscevano soltanto coloro che l'avevano redatta ed i responsabili del ministero: ma chi mai avrà commesso la *scorrettezza*? Mistero. Un suonatore di scacciapensieri (accostamento casuale...) avrebbe risposto: «*Cu fu? Nente sacciu e nente dicu!*». Singolare coincidenza: i titoloni suaccennati comparvero subito dopo che una delegazione istituzionale, sotto il fischiare di indiscrezioni relative ad avvisi di garanzia in viaggio, fu costretta, il 5 maggio 1998, a recarsi cenere sulla testa dallo scienziato allo scopo di implementare protocolli dichiarati lacunosi (e che, nella pratica dei fatti, non furono implementati affatto) ed evitare una protesta popolare dalle conseguenze imprevedibili.

Ciò che ***inescusabilmente non venne dichiarato alla stampa***, pur annotato nello *studio retrospettivo*, era una realtà clamorosa: tra le 249 cartelle - bontà loro - prese in esame, figurano, al di là di qualsiasi dubbio, **27 casi di lungo sopravvivenza fra i 10 ed i 25 anni**, cioè oltre il 10% dei (sopravvissuti) casi esaminati!!! E si tratta di 27 casi con prognosi a breve/brevissimo termine espressa in reparti di oncologia!!! Per essere più chiari: si tratta di malati mandati a casa perché dichiarati irrecuperabili o in fin di vita. Non c'è male come prova preliminare di interesse obiettivo, correttezza, moralità, senso di responsabilità, volontà di giungere alla verità!

2) Conflitti d'interesse e giudizi

Il verificare una nuova terapia richiede innanzitutto curiosità scientifica ed assenza di conflitti di interesse, materiali o psicologici che siano. Ecco un campionario di dichiarazioni che evidenziano quanto fossero liberi da pregiudizi i *giudici* incaricati.

Tra i membri del *Comitato di Revisione Internazionale* (costituito per rafforzare un'immagine di autorevolezza):

- Professor Franco Cavalli, oncologo svizzero: «... *capita spesso nel mondo dei*

ricercatori che, specie in una persona anziana, subentrino delle fissazioni (sic) che portano a credere, dopo anni di lavoro serio, d'aver scoperto chissà cosa».

- Paul Calabresi, consigliere oncologo di Bill Clinton: *«Non c'è alcuna razionalità scientifica nell'utilizzo della terapia sperimentale a base di somatostatina (sic...) su malati di cancro portata avanti dal professor Di Bella».*

- Professor Giuseppe Benagiano, direttore dell'Istituto Superiore di Sanità: *«Le autorità hanno sbagliato a sottovalutare l'impatto che la faccenda avrebbe avuto, e avrebbero dovuto agire prima per stroncarla sul nascere».*

- Rita Levi Montalcini: *«Nessun Paese, se non del Terzo Mondo, potrebbe accettare la sperimentazione del suo metodo»* (evidentemente considerava appartenere al Terzo Mondo le due persone per le quali aveva telefonato al professor Di Bella pregandolo di visitarle). Per obiettività dobbiamo anche citare successive dichiarazioni di diverso tenore, assai prudenti e perfino di malcelata adesione, forse dovute ad intervenute resipiscenze. Infatti, in un'intervista rilasciata ad un quotidiano in occasione di una conferenza tenuta a Modena, richiesta di un parere sul professor Di Bella dichiarerà: *«Quella è una persona valida dal lato umano, di grande serietà negli studi, ma la sua cura sembra un tentativo non portato a termine. Da quel che conosciamo oggi, non è emersa una validità univoca e non si giustifica per questo l'abbandono di altre terapie già conosciute e testate»* (Il resto del Carlino, cronaca di Modena, pagina 7, 25 gennaio 2003).

Passiamo ora ad alcuni degli sperimentatori.

- Professor Dino Amadori: *«Non credo minimamente alla sua cura»* (17 gennaio 1998).

- Professor Francesco Cognetti: *«... altri malati vengono attratti da miracolistici metodi di cura di non provata efficacia, eseguiti nella più completa clandestinità ed al di fuori di leggi e regolamenti... »* (11 ottobre 1997).

- Professor Pierfranco Conte: «*Non darei mai questi farmaci ad un congiunto*».

- Professor Franco Mandelli: «*Attraverso false notizie, Di Bella sottrae malati ematologici che hanno, con le vere terapie, la possibilità di avere una valida risposta e ottenere la guarigione*» (17 luglio 1997).

Niente male, quale prova di assenza di preconcetti e serenità di giudizio. Ovviamente nessuno agisce per smentire se stesso...

3) Ma quali pazienti?

In una parola, per non dilungarsi, «*pazienti dati per spacciati?*» esclamerebbe un lettore togliendoci... la parola? Sbagliato! Questo sarebbe stato il meno... Erano malati con vita residua stimata ***fra i 12 giorni*** (sì, avete letto bene) ***ed i 90 giorni*** (fonte: rapporti Istisan - Istituto Superiore della Sanità)! Molti di loro morirono nel periodo tra l'*arruolamento* e la data fissata per l'inizio della terapia, altri qualche giorno o settimana dopo: anche questi ultimi, ovviamente, furono conteggiati tra gli insuccessi! Il peggio - sì, era possibile addirittura un *peggio* - era che si trattava di malati chemio-trattati. **Attenzione!!!** Qui abbiamo altre due enormità:

A) mentre nello *studio retrospettivo* i malati precedentemente chemio trattati, guariti o lungo viventi dopo Metodo Di Bella, **non** erano stati considerati (possibili «*effetti ritardati della chemioterapia*», **mai** riscontrati a memoria d'uomo se non in senso negativo!!!), qui la stessa pregiudiziale era considerata una quisquilia che dir si voglia. In parole povere, di fronte a chemio trattati, se con Metodo Di Bella andava bene era merito della chemio, se andava male, era colpa del Metodo Di Bella!

B) nel corso della riunione al ministero del 14 gennaio 1998 lo scienziato aveva dichiarato che «... ***la non responsività al proprio protocollo dipende dai trattamenti terapeutici precedentemente messi in atto e dalle condizioni generali dei pazienti***» (dal verbale della riunione). Ma ecco una chicca (quando si dice che certa gente è distratta...) che conferma, da parte avversa, questa del resto ovvia realtà: una nota Cuf dell'ottobre 1997, nella foga di destituire di validità uno dei numerosi studi

clinici sulla somatostatina (Bollettino ottobre '97, pagina 10), recita che «... *gli studi fin qui pubblicati sono stati condotti pressoché esclusivamente in pazienti con malattia avanzata e pretrattata con altri farmaci, condizioni quasi sempre associate a selezioni e mutazioni che possono alterare il profilo recettoriale della cellula neoplastica...* ». Eccovi serviti di barba e capelli! C'è poco da fare: sono persone distratte. Come tutte le persone geniali, del resto...

Solo in un caso gli arruolati avrebbero potuto salvarsi: se un Signore con la barba bionda ed una lunga tunica bianca si fosse avvicinato loro esclamando «*Lazzari, venite fuori! Alzatevi e camminate*». Eppure qualcuno si è salvato (ma ne parleremo in altra sede...)!

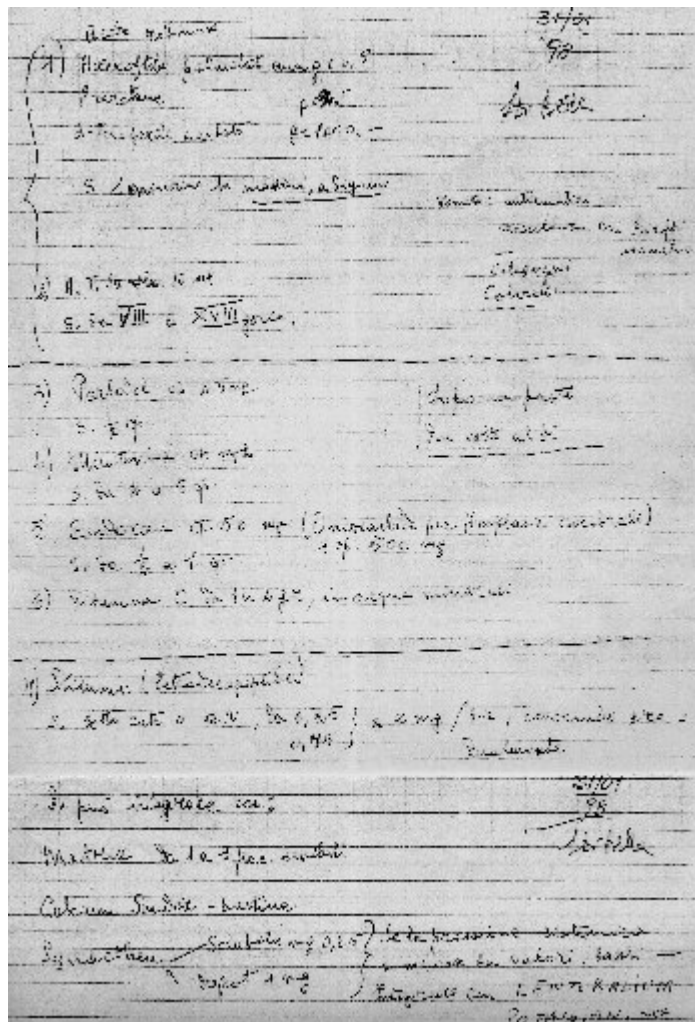
4) Mancanza di randomizzazione

Uno studio poteva avere un senso scientifico e logico se veniva sottoposto al Metodo Di Bella un gruppo di pazienti, alle cure tradizionali un secondo gruppo (ovviamente omogeneo rispetto al primo, cioè nelle stesse condizioni cliniche e con analoga stadiazione). La disputa qui non era tra tutti gli strumenti terapeutici disponibili, da una parte, e il Metodo Di Bella dall'altra, visto che chirurgia e radioterapia (seppure con diversità relative ai casi ed alle situazioni nei quali intervenire, e in più - per la radioterapia - con differente visione sull'intensità e la durata di applicazione) erano e sono considerati patrimonio terapeutico comune. Qui si trattava di circoscrivere la prova al confronto tra terapie farmacologiche: la chemioterapia ed il Metodo Di Bella, la concezione citotossica e la concezione biologica. ***E come si poteva fare un confronto se non si confrontavano le due terapie???*** Quale delle due garantiva maggiormente salvezza del malato, durata della sopravvivenza, qualità di vita? Il fatto è che ***tutti*** gli arruolati nel migliore dei casi non erano più «*suscettibili di alcun trattamento*»: fossero stati ri-trattati con chemio, sarebbero morti nel giro di ore o di qualche giorno! Ecco perchè rifiutarono la randomizzazione (fra l'altro chiesta - invano - dal professor Veronesi)! In uno studio non randomizzato si può dire tutto ed il contrario di tutto. Se per assurda ipotesi fossero state arruolate nella sperimentazione salme, non persone viventi, anche in questo caso, ovviamente, nessuno si sarebbe salvato, dimostrando l'inefficacia della nuova terapia. Tanto valeva... L'inattendibilità della sperimentazione per mancata randomizzazione fu una delle più severe critiche fatte dal *British Medical Journal* (critica che i

sostenitori della definitività negativa della sperimentazione si guardano bene dal citare).

5) Ma che terapia è stata sperimentata?

Tre farmaci sui 7 fondamentali indicati dallo scienziato e **sempre** presenti nelle migliaia di prescrizioni che oggi come ieri sono/erano consultabili da parte di chiunque! Ma c'è un *mistero* mai spiegato. Tra gli atti con tanto di protocollo ministeriale figurano due fogli assolutamente attendibili e inconfutabili, perché **redatti di pugno e firmati dallo stesso professor Luigi Di Bella** (vedi foto).



Questi due fogli contengono l'elenco dei farmaci fondamentali da utilizzare (sono otto, in quanto un farmaco è previsto in sostituzione di un altro in caso di neoplasie cerebrali), più quattro da impiegare come coadiuvanti, più altri ancora per situazioni particolari (vomito, nausea iniziali possibili all'inizio

dell'infusione della somatostatina). Di più: si specifica anche che la somatostatina (o l'octreotide) deve essere infusa crescendo con gradualità nei dosaggi. È quindi provata la mancata corrispondenza tra la terapia, quale indicata e praticata dallo scienziato, e quella *sperimentata*. C'è anche un altro clamoroso mistero-non mistero, che per la sua importanza e gravità - scoperta in tempi relativamente recenti - viene descritto minutamente in un'opera che dovrebbe vedere presto la luce. Lo scienziato confermò in un'intervista ripresa da parecchi quotidiani (28 aprile '98) che «... *nell'attuazione della sperimentazione non è stato osservato quello che io avevo dichiarato sarebbe stato necessario*». Allora, a quali *protocolli* si attenero? Approvati e firmati dove e quando? **Non** esiste un verbale che riporti giorno, luogo, ora della formalizzazione, cioè dove e quando l'ideatore del Metodo Di Bella abbia letto e firmato quei protocolli! In qualsiasi sede e di fronte a chiunque siamo in grado di dimostrarlo.

6) Errata composizione, errata preparazione dei galenici: irregolarità, acetone, farmaci scaduti

Rapporti dei Nas su campioni analizzati in periodi diversi, segnarono numerose **gravi carenze** (anche del 50% in meno) nelle percentuali dei vari componenti della Soluzione di retinoidi (vitamina A, betacarotene, acido trans retinoico). La melatonina coniugata, in una percentuale inferiore di casi, risultò anch'essa non conforme (associazione con adenosina e glicina, fondamentale per la biodisponibilità della sostanza).

Clamorosa poi la nota indagine svolta da due sottufficiali dell'Arma, che rilevarono, e formalizzarono in un rapporto del 2 dicembre 1998 quanto segue: «*Dall'attento esame degli elenchi è emerso un dato preoccupante se non addirittura inquietante: **1.048 flaconi di 'soluzioni ai retinoidi'** sono stati distribuiti dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico militare di Firenze a 28 Centri dei 60 della Sperimentazione Metodo Di Bella, **oltre il termine massimo di tre mesi**, come stabilito dall'ISS. Ciò verosimilmente comporta che 1.048 pazienti abbiano assunto, per un periodo oscillante tra i venti ed i trenta giorni (tale periodo varia dalla prescrizione medica in relazione alla patologia), un farmaco potenzialmente imperfetto e non più possedente le caratteristiche terapeutiche iniziali, senza escludere che la degradazione e scomposizione di principi attivi possa*

produrre effetti collaterali gravi specialmente in soggetti sofferenti patologie neoplastiche. Ne consegue che i risultati ottenuti dalla sperimentazione siano sicuramente inattendibili e che la stessa sperimentazione debba essere quantomeno rivista seguendo un'ottica che tenga conto di tali nuove e significative risultanze».

Cosa successe, si chiederà il lettore? Furono elogiati e premiati i due carabinieri? No. Non successe nulla. O meglio, accadde l'incredibile! Tuoni, fulmini e saette. I due sottufficiali furono sottoposti a provvedimento disciplinare dal Procuratore di Firenze Nannucci, perché erano ... «*andati oltre i limiti del loro mandato!!!*». Per la cronaca, il magistrato fiorentino aveva contestato al Procuratore Guariniello, che indagava sul mare di irregolarità che gli erano state segnalate, la competenza per l'indagine... Era veramente troppo, ed il Procuratore Generale di Firenze, poco più di due mesi dopo, archivia la pratica, di fatto censurando l'operato dell'iperattivo Nannucci (che aveva diffidato il comando dei Nas dal prendere altre iniziative senza avvisarlo preventivamente!). Questi i fatti: che certi *distratti* sostenitori della conclusività della sperimentazione farebbero bene a rileggersi, sempre che tengano ad essere considerati persone oneste! I due sottufficiali non avevano ancora finito con le grane, però. Qualcuno - là dove si puote - sollecitò un trasferimento dei due: uno nell'estremo sud Italia, l'altro fra austriofili del Tirolo. Solo grazie a un opportuno intervento, da parte di chi aveva ancora a cuore la credibilità delle istituzioni, si evitò questo ulteriore scempio di giustizia e legalità.

Ma l'argomento non si esaurisce qui. Oltre a carenze dei componenti, oltre a confezioni scadute, oltre a violazione delle concordate norme di conservazione (molti pazienti riferirono di flaconi di retinoidi e blister di melatonina lasciati a cuocere al sole accanto alle finestre degli ospedali, nonostante la raccomandazione di conservarli al riparo dalla luce e da elevate temperature!), i retinoidi contenevano dosi spesso enormi di acetone. L'acetone - e chi fa spallucce farebbe bene a prendere o riprendere qualche libro in mano (a cominciare dal Vangelo) - **è ricompreso tra i veleni dal manuale Merck**, ha una elevata tossicità che incide pesantemente sulla funzionalità epatica (immaginate che razza di fegato potevano avere pazienti passati attraverso pesanti cicli di chemio!) e, secondo alcune fonti autorevoli, è potenzialmente cancerogeno. Ma che ci faceva l'acetone nella soluzione di

retinoidi? Semplice: era usato, in alternativa con alcool etilico, come solvente. Il professor Di Bella in un verbale firmato il 31 marzo '98 aveva infatti dichiarato che come solventi potevano essere adoperati «... *acetone o alcool etilico*» (ripetiamo per i distratti: acetone o alcool etilico), ma che «**il solvente deve essere completamente eliminato**» attraverso gorgogliamento in corrente di azoto. Così come - **attenzione!!!** - facevano e fanno di prassi e senza la minima difficoltà validi farmacisti preparatori! Il responsabile dell'Istituto Chimico Militare di Firenze incaricato della preparazione (e che aveva ricevuto le istruzioni relative) disse che... non era possibile eliminare del tutto l'acetone...! Un Istituto statale, con interi laboratori e attrezzature di prim'ordine non riusciva dove semplici farmacisti, con un piccolo laboratorio privato a disposizione, non avevano e non hanno alcun problema! Esiste una intervista televisiva fatta al professor Di Bella, ed oggi visionabile su internet, nel corso della quale lo scienziato definisce come «*indegna di un farmacista*» l'affermazione del responsabile che, evidentemente mortificato, incassa il rimprovero e tace.

Molti pazienti (abbiamo abbondantissima documentazione di articoli usciti all'epoca, e la circostanza è riportata anche in atti giudiziari) riferirono anche di confezioni di retinoidi che, non appena aperte, emanavano «*lezzo di fogna*»! Anche se abbiamo idee precise in merito, non possiamo provare che si sia trattato di dolo anziché di colpa grave, ma sta di fatto che i sintomi di nausea, diarrea e simili accampati per giudicare il trattamento non privo di tossicità sappiamo benissimo a cosa attribuirli: e con certezza assoluta, dato che i pazienti che ricorrevano/ricorrono a galenici preparati adeguatamente **non** hanno mai rilevato né puzza di fogna né disturbi!

E la **scadenza**? Questa era fissata in tre mesi dalla data di preparazione. Un prodotto zeppo di acetone, con dosaggi carenti dei principi attivi e tenuto al sole è da buttare non dopo tre mesi, ma dopo tre ore. Uno fatto e conservato come si deve fa registrare solitamente un calo progressivo di attività farmacologica, anche se in un caso, relativo ad un flacone preparato dalla farmacia di riferimento - che prepara questi galenici da quasi quarant'anni - le analisi avevano fatto registrare l'assoluta integrità a distanza di oltre un anno dalla preparazione. Confezioni, pur frutto di ottime preparazioni, dopo la scadenza hanno fatto rilevare fra l'altro una *segmentazione* dei principi attivi, con ovvia perdita, oltre che dell'attività farmacologica, dell'omogeneità

del galenico. D'altronde è **notorio**, per chiunque sappia che i retinoidi sono una classe di vitamine e provitamine e non un tipo di calze per signora o reti per la pesca del tonno, che queste sostanze sono estremamente delicate e instabili. Betacarotene ed acido retinoico, in particolare, che sono forniti dai produttori in polvere ed in confezioni sigillate, prima della miscelazione debbono essere conservati a -32° ed al buio (confronta <http://www.dibellainsieme.org/discussione.do?idDiscussione=2411>).

Ma tutte queste anomalie - lasciamo al giudizio del lettore se è legittimo o no definirle incredibili - sono frutto della mente perturbata o della fantasia arrampicaspecchi di esagitati-fanatici-complottisti-fedelissimi del Metodo Di Bella, oppure hanno una base razionale e - quello che più interessa - provata?

Ce l'hanno, eccome, e ognuno, ovviamente se in buona fede, può controllarlo: questa la parola magica, **controllabilità!** I rapporti Istisan li abbiamo già citati (e li citeremo per fatti ancor più clamorosi che esporremo poco più avanti). Ma esistono documenti acquisiti in atti giudiziari. Le carenze dei retinoidi risultarono da diverse analisi, su diversi campioni, su prodotti scagliati nel tempo, effettuate da diversi laboratori. Lo stesso può dirsi per il citato rapporto dei due sottufficiali.

Ma andiamo al sodo. Il magistrato Raffaele Guariniello, dopo avere fatto ricorso alla Corte di Cassazione, che gli dà ragione, per opporsi alla pretesa di Nannucci di avocare a sé l'inchiesta, conclude le indagini, rilevando le seguenti anomalie: uso di «*farmaci guasti e imperfetti*» e mancato avviso, da parte dell'Istituto Superiore di Sanità che ne era a conoscenza, a 50 dei 51 ospedali coinvolti nella sperimentazione. Gli imputati sono quattro: Roberto Raschetti e Donato Greco, coordinatori della sperimentazione, Stefano Spila Alegiani, responsabile dei preparati galenici, Elena Ciranni, curatrice dei rapporti con i vari centri clinici. Il reato contestato, contemplato dall'articolo 443 del Codice Penale, è di «*somministrazione di medicinali guasti o imperfetti*», punibile con la reclusione fino a tre anni. I quattro dirigenti ricevono «*l'avviso di chiusura indagini*», anticamera dell'avviso di garanzia. A questo punto i loro difensori estraggono un coniglio dal cappello, appellandosi alla Legge Carotti, ed al fatto che i galenici sono prodotti a Firenze dall'Istituto Chimico Militare. In realtà, come contesta Guariniello, l'articolo 443 non punisce la produzione dei farmaci (eseguita a Firenze), ma

la somministrazione, avvenuta - relativamente all'inchiesta da lui condotta - a Torino.

Guariniello, poco sensibile a pressioni dall'alto, esce di scena, ma prima si toglie un sassolino dalla scarpa. Il 7 settembre 2000 un diffuso quotidiano nazionale (La Stampa) pubblica con questo titolo un articolo ispirato dal magistrato: «**Così hanno truffato Di Bella - Guariniello accusa: farmaci scaduti e dosi sballate**». Anche la prima inchiesta sulla morte di Mattei si era conclusa dichiarando che era morto per incidente aereo... e solo qualche fanatico complottista si sgolò per dire che non era un incidente, ma un attentato commissionato dalle sette sorelle del petrolio. A Firenze Nannucci ritenne attendibili le teorie per cui l'acetone non fa poi un gran male... le irregolarità erano quisquiglie e... vissero tutti felici e contenti (tranne i pazienti).

7) Irregolarità di somministrazione ed altro (somatostatina e octreotide)

Somatostatina ed octreotide, come ben sanno tutti i pazienti in cura, debbono essere somministrati tramite siringa temporizzata regolata tra le 8 e le 12 ore, pena altrimenti sintomi avversi (vomito, nausea, dolori addominali), e nelle ore serali. Questo era stabilito nelle intese. Nella maggior parte dei casi la somministrazione avvenne senza gradualizzare i dosaggi, tramite intramuscolare fatta in qualche minuto e di giorno. I sintomi avversi furono scorrettamente attribuiti alla terapia. Ma non è questa la sola cosa grave. A soffrire per questi effetti collaterali furono pazienti reduci dal calvario delle chemioterapie consuete, e che versavano in condizioni fisiche tanto miserevoli da dover essere in prevalenza accompagnati e sorretti da parenti ed amici. Altra *chicca*. Nonostante in ogni sperimentazione (o studio clinico) che si rispetti si usino rigorosamente le stesse specialità e, in aggiunta, provenienti dallo stesso lotto, in questa prova si assistette ad una costellazione di marche di somatostatina, molte delle quali di provenienza cinese o greca e di infima qualità, quando non del tutto inattiva.

8) Per quanto venne fatta la cura

Leggiamo dai rapporti Istisan che ***l'ottantasei per cento dei pazienti***

(dicasi 86%) **si vide interrompere il trattamento**. La cura solo in pochi casi venne fatta per più di un mese. Sì, avete letto bene. Il motivo: «*Progressione della malattia o tossicità*». Se quindi la massa neoplastica fosse aumentata solo dell'1% contro un'aspettativa (trend di crescita) del 10% (quindi un risultato eccezionale, col sostanziale blocco della crescita), la terapia sarebbe stata interrotta. Da notare come durante l'esposizione del suo Metodo del 14 gennaio lo scienziato avesse affermato che occorrevo parecchi mesi di terapia continuativa per ottenere significative riduzioni volumetriche e/o numeriche delle lesioni tumorali. Quanto alla tossicità (provatamente inesistente)... se si dovessero interrompere i cicli di chemio per questo motivo nessun paziente potrebbe fare più di una seduta! Rimandiamo d'altronde alle anomalie descritte prima, che spiegano ad abundantiam da cosa fossero provocate queste collateralità. Ma giova anche conoscere cosa avessero scritto i progettisti della prova... e che, per loro incredibile negligenza, trapelò: «... **la valutazione del livello di tossicità è importante se si vuole evitare che il Metodo Di Bella venga riproposto come una terapia palliativa...** » (documento redatto e firmato il 17 luglio '98 dal dottor Raschetti, coordinatore del Gruppo di coordinamento centrale della sperimentazione, e dalla giornalista Eva Benelli).

9) Criteri di valutazione

È, sotto un certo punto di vista, l'**anomalia più grave**. Perché, anche in caso di pazienti non moribondi ma ancora responsivi, terapia completa e non smozzicata, galenici ben fatti, ben conservati e non scaduti, somatostatina non proveniente da Bingo-Bongo e iniettata con temporizzata, eccetera, ben difficilmente sarebbe stato possibile ottenere una riduzione di **oltre** il 50% della massa tumorale in tre mesi. A parte il criterio cervelletico e ottuso, si era di fronte ad una Terapia Biologica dei tumori e non ad una terapia Citotossica: due concezioni opposte ed inconciliabili, in quanto la prima punta primariamente al blocco della crescita, al recupero funzionale ed al potenziamento delle difese immunitarie e non dell'organismo e - naturalmente - alla graduale eliminazione della disseminazione e della volumetria neoplastica attraverso l'induzione e l'accelerazione dell'apoptosi; la seconda all'uccisione delle cellule neoplastiche attraverso la tossicità dei chemioterapici iniettati. È acquisizione pacifica, riscontrabile in tutta la

letteratura scientifica internazionale, questa fondamentale distinzione tra i diversi criteri di valutazione, che ha portato anche a tenere nella dovuta considerazione il parametro (che dovrebbe essere di gran lunga il più importante) della sopravvivenza: e proprio su questo scoglio si è infranto il talento prestigiatore delle statistiche truffaldine. Tale aspetto valutativo lo aveva del resto ben chiarito lo scienziato, citando - a mo' di eccezione che conferma la regola - che solo in un caso aveva registrato la scomparsa del tumore nel giro di qualche mese. In sintesi: se tutti, ripetiamo, tutti i pazienti per ipotesi avessero fatto registrare una diminuzione del 49% del tumore in tre mesi o del 51% in quattro, la terapia sarebbe stata egualmente giudicata inefficace! Quando si raccontano bugie bisogna avere tassativamente buona memoria e noi, pur non contando fole, buona memoria l'abbiamo, anche per prestarla a certi smemorati: questa precisa domanda venne rivolta al professor Cognetti nel corso di una conferenza, e la sua risposta, visibilmente imbarazzata, fu che sì, nell'ipotesi fatta, il giudizio non sarebbe cambiato. All'umanità e, in prima battuta, agli italiani, non importava un fico secco se un tumore diminuiva di oltre il 50% in meno di tre mesi (salvo, riesplodere il mese successivo...), ma interessava solo una cosa: sapere se con il Metodo Di Bella era possibile salvarsi dal cancro - in tre mesi, in un anno o in tre anni poco contava - e, in ogni caso, se si trattava di terapia efficace. Fu tradita, oltre che la verità, la speranza e l'aspettativa del mondo intero. Pensiamo non vi sia da aggiungere altro.

Quanto all'osservazione dei critici a tutto campo, e cioè che questi criteri di giudizio e lo schema terapeutico fossero stati accettati dallo scienziato - replicano i distratti e torpidi osannatori della sperimentazione - ebbene, siamo in grado di contraddirli.

1) È provato od è pura invenzione l'esistenza di un documento ufficiale autografo con 8 componenti da somministrare contro i tre adoperati? Come si spiega l'esistenza di questo documento? Perché nessuno rilevò questa incompatibile diversità e chiese lumi in merito?

2) Lo stesso scienziato, alle prime notizie di irregolarità, dichiarò: *«Io ho firmato solo due documenti: quello che ho dato al direttore generale dell'Istituto Chimico Militare di Firenze e quello che ho dato alla commissione per dire come avrebbero dovuto essere somministrati i farmaci*

(nostra nota: si riferisce chiaramente ai due fogli autografi, mai seguiti per la esecuzione della terapia). *Sono relativi, ripeto, uno alla preparazione dei farmaci galenici, l'altro alla somministrazione e alla successione nella sperimentazione».*

E allora, come la mettiamo? In sintesi conclusiva è documentato che:

- a)** lo scienziato aveva chiaramente affermato (14 gennaio) che i pretrattati non erano o erano mediocrementemente responsivi;
- b)** che solo un'osservazione di medio/medio-lungo termine avrebbe consentito di cogliere miglioramenti;
- c)** che occorreano 7-8 farmaci più alcuni provvedimenti complementari;
- d)** che occorreano galenici perfetti, ben conservati e totalmente privi di solvente
- e)** che aveva firmato unicamente le disposizioni per il confezionamento dei galenici e i due fogli autografi. Nulla di tutto questo risulta essere stato seguito. C'è dell'altro, ripetiamo, ma lo renderemo noto in una sede diversa e con precisi riscontri documentali.

10) Pressioni psicologiche negative sugli arruolati

Citiamo questa circostanza (ma ne esisterebbero molte altre) non tra i fattori dell'esito negativo, ma quale dimostrazione della scorrettezza professionale ed etica della prova. Molte testimonianze furono comunicate al ministero ed altre formarono oggetto di documentazione allegata ad esposti e denunce. Ne citiamo solo una, per l'impossibilità di dilungarci oltre: «... signora è inutile che lei si sottoponga al Metodo Di Bella, in quanto è acqua sporca e pertanto di nessuna efficacia... voi malati non dovete farvi fare il lavaggio del cervello dalla televisione e dai giornali e farvi lusingare dal Di Bella che quando appare in TV sembra un vecchietto un po' gobbo e tanto simpatico... Comunque il vostro caso non rientra nella sperimentazione in quanto noi la applichiamo solo su malati terminali che abbiano solo sei-sette settimane di sopravvivenza» (da lettera inviata alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale Sacco di Milano, Ufficio Relazioni con il Pubblico, in data 11 marzo 1998: la signora era interessata da due tumori, un carcinoma mammario ed un adenocarcinoma primitivo polmonare con versamento pleurico. Aveva fatto, senza alcun esito, 6 cicli di chemioterapia. Ma, evidentemente, fu giudicata in

troppo floride condizioni per entrare nella sperimentazione!!!). Ci fosse nel lettore qualche dubbio residuo sulle condizioni degli arruolati, ecco un'eloquente risposta.

Risultati veri e risultati dichiarati: quello che fu dichiarato e quello che fu occultato. La stroncatura del *British Medical Journal*

Il 13 novembre 1998 ci fu la proclamazione dei *disastrosi* risultati. Grafici, lucidi, torte colorate mozzano il respiro. Anche se, viene detto alla stampa, non si è fatto in tempo a presentare il testo definitivo (come mai tanta precipitazione???): i morti, si inizia a dire, sono il 90% degli arruolati... poi, ad una domanda di un giornalista e dopo affannoso rivoltar di carte, Donato Greco dice che no... si sono sbagliati... si tratta della somma tra i decessi e le progressioni di malattia... Poi: i deceduti sono il 57%... ma nemmeno questa cifra è esatta. Infatti - piccola dimenticanza, non sono stati disaggregati coloro che avevano interrotto la terapia il 21 luglio! Facendo correttamente il calcolo disaggregato, la mortalità risulterebbe del 25%. Prima 90%, poi 57%, infine 25%: non c'è male per uno «*studio rigorosamente scientifico*». Le risposte *parziali* sono solo tre (e un numero così alto, considerato quanto abbiamo visto, lascia a bocca aperta): non perché si tratti di 3 su 386, ma in quanto pazienti in condizioni terminali o semiterminali hanno fatto registrare una diminuzione di oltre il 50% della massa tumorale. I casi definiti *stabili* (meno del 50% di riduzione) sono 47: ed anche questo meraviglia. Gli arruolati - non dimentichiamolo - avevano una vita residua massima di tre mesi, e avrebbero dovuto essere tutti morti. Nessuno lo notò, nessuno lo fece notare. Con enorme fatica, di fronte ad un microfono che misteriosamente gli sgusciava davanti gli occhi... il professor Stefano Iacobelli, direttore del Centro Oncologico di Chieti, riesce a prendere la parola: «... *dopo sette mesi, il tumore è regredito di oltre il 50%. Era un tumore molto esteso e inoperabile, quindi sarebbe stato impossibile avere successo con altre cure...*». Si trattava di un carcinoma del pancreas, per il quale non si conoscono sopravvivenze. Filtrò, ma non in quella sede, che diversi pazienti, capita l'antifona, avevano acquistato i galenici presso farmacisti preparatori validi.

Dopo scene da Sarah Bernhardt, con strappamento di capelli per il dispiacere che la prova si fosse conclusa negativamente, i baldi sperimentatori attesero che le inchieste in corso seguissero l'alveo pretracciato. Nonostante il parziale

incidente di un disobbediente Iacobelli ... tutto era andato come da copione. Espressione polemica, questa? Prima di dare giudizi, è bene leggere quanto aveva scritto Raschetti nel documento prima citato: **«Nella maggior parte dei casi i pazienti in trattamento non hanno valide alternative terapeutiche... Occorre opporsi alle reazioni scomposte, bugiarde e violente dell'entourage Di Bella... I dati relativi alla mortalità non potranno essere utilizzati per una valutazione della sopravvivenza, rientrando questo tipo di informazione nella sfera della valutazione di efficacia per la quale occorrerebbe avere un gruppo di controllo... Circa i casi di 'stabilità' dei pazienti... questi casi non possono rientrare tra i dati da considerare come indicativi di attività, ma pongono comunque un problema di comprensibilità da parte di un pubblico non specialistico (una malattia stabile è quantomeno un episodio non negativo)... La comunicazione al Paese attraverso i media dovrà essere semplice, precisa e senza smentite. Non ci deve essere spazio per cambiamenti di rotta, revisioni, retromarce. A tal fine si ritiene necessario predisporre dei testi scritti e decidere chi, ed in quale sequenza, dovrà intervenire alla conferenza stampa. Luigi Di Bella ha acquisito presso l'opinione pubblica l'immagine di studioso onesto ed estraneo rispetto al sistema ricerca, ma proprio per questo potenzialmente geniale. ... Luigi Di Bella non è un nemico da sconfiggere bensì un ricercatore da confutare. ... La presentazione vera e propria dei risultati dovrà essere affidata ad una rosa di nomi ristretta e qualificata... Per la sua capacità di tradurre il linguaggio scientifico ed il grande seguito di popolarità di cui dispone, una figura come quella di Piero Angela può svolgere un ruolo chiave nella gestione di questi primi risultati della sperimentazione... ». C'è da rimanere sbigottiti, pensando, fra l'altro, che questi alati pensieri e suggerimenti erano stati vergati nel luglio precedente, nel bel mezzo della prova. Come si faceva a pensare alle reazioni *«scomposte e bugiarde e violente dell'entourage Di Bella»*? Come mai, già allora, preoccupavano i casi di stabilità? E come leggere quel *«Non ci deve essere spazio per cambiamenti di rotta, revisioni, retromarce»*??? I destinatari dell'avvertimento (Iacobelli in primis) dovevano fare il saluto nazista e urlare *Sieg Heil*? Un vero gioiello la faccenda del professor Di Bella, che bisognava indicare non come un *«nemico»* - come, in effetti, lo vedevano - ma un *«ricercatore da confutare»*. Chi sostiene ancora la validità di questa truffa dovrebbe sentire il dovere di emigrare. Ma c'è dell'altro: non è finita.**

Qualche mese dopo i brindisi per la sconfitta del «nemico», arrivò una batosta i cui effetti non risultarono devastanti solo grazie alla normalizzazione che era stata attuata sui mass media. Uscì infatti un editoriale (non un semplice commento) sul *British Medical Journal* (il solito guastafeste...) firmato dal professor Marcus Müllner, dal titolo profetico: *Di Bella's therapy: the last word? (Terapia Di Bella: l'ultima parola?)*. Chi vuole andarselo a leggere può farlo tranquillamente (BMJ, 1999; 318:208). Siccome i critici del Metodo Di Bella sono affetti da grande distrazione, dato che dimenticano l'episodio del *British Medical Journal* (oppure se ne ricordano, ma solo per la pubblicazione dello studio, dimenticando le critiche) sarà bene gettarci l'occhio, seppure di volata.

*«Lo studio che pubblichiamo oggi e che è stato già riportato dalla stampa, ci dice che il trattamento è inefficace e tossico. Questo studio, tuttavia, avrebbe potuto essere progettato meglio. ... **il trattamento è stato interrotto nell'86% dei pazienti** a causa di progressione della malattia, tossicità o morte. Il nostro parere è che la maggior parte dei clinici giudicherà convincente questa sperimentazione, ma essa non è perfetta. **Noi non siamo in grado di sapere se i pazienti fossero rappresentativi, né sappiamo se i controlli avrebbero risposto meglio oppure peggio.** I ricercatori avrebbero dovuto condurre la sperimentazione con studi controllati e randomizzati. Perché questi studi non sono stati randomizzati? ... I motivi che vengono addotti a giustificazione della non randomizzazione dei pazienti sono la difficoltà del reclutamento, i costi, il tempo e ragioni di ordine etico. Le difficoltà nella randomizzazione-reclutamento sono ragioni deboli... Gli autori della ricerca sostengono che i pazienti non sarebbero stati forse d'accordo a far parte di gruppi di controllo-confronto con diversi trattamenti in modo randomizzato. Ma è veramente così? Poiché molte migliaia di pazienti avevano richiesto la multiterapia Di Bella, alcune centinaia avrebbero consentito a partecipare ad una sperimentazione randomizzata e controllata. Indiscutibilmente sarebbe stato meglio valutare la terapia Di Bella in un minor numero di tipi di cancro, ma c'era evidentemente l'urgenza di valutare l'attività del trattamento in una vasta tipologia di tumori. Gli autori sostengono inoltre che non avrebbero potuto condurre studi randomizzati per ragioni etiche, ma queste ragioni etiche non sono chiare. In realtà, **si potrebbe***

affermare che è proprio il progetto scadente di questo studio a non essere etico. Il tempo è stato forse il fattore più influente, poiché c'era una forte pressione dell'opinione pubblica sul ministero della Sanità italiano affinché fosse chiarito al più presto questo problema. Il progetto di questa sperimentazione è fallace».

C'era da ammazzare un elefante. Certi passi spiegano forse l'epidemia della citata distrazione. Somma poi la distrazione nei confronti di un successivo articolo, nella edizione on line del *British Medical Journal*, firmata da J. L.Reyes, che ribadisce l'insignificanza di uno studio non randomizzato: «*Compared to what?*» (*Confrontato con che cosa?* - PhD Physiology, *British Medical Journal on line*, 22 gennaio 1999). Questa la conclusione: «*Tutto porta a pensare che la ricerca tendeva alla erezione di un fantoccio che potesse essere facilmente demolito. **La mala scienza vince di nuovo***».

Può bastare? E invece no, perché i redattori del *British Medical Journal*, che qualche anno dopo si sarebbero liberati il fegato pubblicando il celebre studio (ignorato dai mass media) che ha smascherato le truffe statistiche (29% di sopravvivenza a 5 anni) ancora non erano a conoscenza di un altro dato clamoroso. La fonte - si badi bene - non è *dibelliana*, ma ufficiale: a fronte di una previsione di vita inferiore ai tre mesi, alla data del 15 giugno 1999, e cioè ad oltre 14 mesi dall'inizio della sperimentazione, risultavano in vita ottantotto pazienti, il 23% del totale. Per essere più chiari: rispetto allo zero per cento di possibilità di arrivare vivi a tre mesi dall'arruolamento, **dopo un anno e due mesi 88 malati su 386 erano in vita! Nonostante tutto!!!** Questa avrebbe dovuto essere la notizia da megafonare in tutto il mondo! Venne data nel corso di una trasmissione TV della RAI e poi mai più ripresa. Quali le risposte degli sperimentatori? ... ma... lo studio non prevedeva... di valutare la sopravvivenza...! Sì, avete compreso bene, non sono nostre forzature. Oggi si continua ancora a sostenere che la *sperimentazione* dimostrò l'inefficacia del Metodo Di Bella e che fu condotta a regola d'arte! Non c'è dunque da meravigliarsi di tutto quello che abbiamo visto nelle precedenti puntate, e nemmeno che si continui a morire di cancro esattamente come succedeva dieci, venti, trent'anni fa. Non c'è spazio per distinguo o salti mortali da acrobati da circo. L'unica cosa onorevole da fare sarebbe tacere o ammettere di non sapere come siano davvero andate le cose.

Avevamo parlato del concetto di scientificità e precisato che un presupposto

fondamentale, vera colonna portante, è l'assoluta e meticolosa riproduzione del fenomeno sperimentale. Ognuno è in grado di valutare che tutte le condizioni, tutti i parametri sono stati diligentemente traditi e stravolti. Di scientifico, nella *sperimentazione* del 1998 rimane solo la sua antiscientificità, considerata la certosa adozione di tutte quelle misure che potessero compromettere il risultato e impedire che emergesse la verità. Ne risulta pertanto una clamorosa, scandalosa, assoluta e dolosa inattendibilità e, ripetiamo ancora, antiscientificità.

Conclusione

Il nostro fine era quello di informare di quanto non si vuole che i cittadini vengano al corrente. Non era nostro intento demonizzare nessuno né *sparare nel mucchio*. Oggi come ieri (anche se meno di ieri) esistono medici che onorano la professione e la società per le doti di intuizione, perizia, attaccamento al dovere, passione. Le case farmaceutiche non erano Belzebù: ma è stato loro consentito, in molti casi, di diventarlo. Hanno lavorato ed ancora lavorano in queste aziende, multinazionali o locali che siano, chimici e biologici di grande valore, che sarebbero perfettamente in grado di approntare farmaci di pregevolissima ideazione e di grande efficacia, così come hanno fatto in passato e come, in misura assai inferiore, è loro consentito di fare tutt'oggi. Non è loro la responsabilità del malcostume - che non di rado sconfinava nel crimine - passato in rassegna. Le aziende farmaceutiche - abbiamo letto in dichiarazioni di autorevolissimi esperti del settore - sono ora nelle mani non di tecnici, ma di speculatori della peggior specie, che opprimono e condizionano i loro esponenti scientifici così come opprimono, corrompono, degradano istituzioni sanitarie e interi governi. Ma **la colpa non è delle case farmaceutiche**, bensì di chi ha consentito e consente loro di allungarsi a soffocare come piovre l'intero tessuto sociale, politico e statale delle nazioni più avanzate. Perché sono state **colonizzate** dai più cinici poteri finanziari, quelli che dominano il mondo.

Quali i **rimedi**? Alcuni autori che abbiamo letto e citato parlano di iniziative che stanno nascendo per regolamentare in misura più efficace l'editoria scientifica e la pratica medico-ospedaliera.

Personalmente siamo assai scettici in merito. E, per di più, non nascondiamo

il nostro accorato avvilito per l'immensità del **male** che è stato fatto e si continua a fare - certo, in primis - a chi soffre; ma in modo particolare per l'estrema difficoltà di risalire la china, correggere storture ormai pluridecennali, restituire dignità ed autorevolezza all'insegnamento scientifico, alla medicina praticata, alla ricerca. Ma una nuova classe di docenti non si improvvisa: occorrono almeno due generazioni. Ammesso che si potessero subito prendere gli energici provvedimenti indispensabili, cambiare completamente i programmi di studio, a partire da quelli propedeutici al corso universitario, recuperata una classe docente finalmente degna, eliminate decine e decine di specializzazioni assurde quando non ridicole, occorrerebbe attendere un'altra generazione ancora per avere medici degni di questo nome.

Medici **liberi**, responsabili ma liberi, restituiti alla loro dignità, affrancati dall'avvilente impiegateizzazione, da diktat di corrotte istituzioni sanitarie, da linee guida che sono l'insulto più atroce alla logica medico-scientifica e salvati dall'annichilimento di qualsiasi anelito per il progresso della vera medicina, sia essa sperimentale o clinica. Questa rivoluzione deve partire - si fa per dire - dal basso, pretendendo che il medico di base faccia il medico, visiti, prescriva razionalmente, senza altro vincolo che la propria scienza e coscienza: non che, atrofizzato nelle sue conoscenze e capacità, si riduca a smistatore di assistiti verso il Pronto Soccorso, reparti ospedalieri, cliniche private. Il medico ospedaliero, quando convinto del proprio ruolo, sarebbe così alleggerito da un continuo e logorante esame di casi che un modesto ma coscienzioso medico condotto di montagna di cinquant'anni fa avrebbe diagnosticato e curato in tutto riposo. Avrebbe finalmente il tempo di visitare come si deve visitare; e di studiare. Perché la laurea in medicina insegna sì molte cose: ma quella più importante è che rende consapevoli della propria ignoranza (ignoranza forzata, di fronte a quello che si dovrebbe sapere) e mette in condizione di cominciare a studiare sul serio. Altrimenti tanto varrebbe sostituire medici in carne ed ossa con computer adeguatamente programmati (magari con una bella copertina bianco-camice) e... perchè no, accessibili con carta di credito, bancomat e codice sanitario: ci sarebbero probabilmente diagnosi più affidabili e terapie più consone; e si risparmierebbero milioni. La nostra è una battuta-non battuta, perchè, grazie a Dio solo in una consistente percentuale di casi, forse non nella maggioranza, il medico-tipo evoca oggi il titolo di un celebre dramma di Pirandello «*Come*

tu mi vuoi».

Analogo cammino a ritroso deve essere fatto per la *ricerca*, puntando al recupero del concetto di scientificità. Scientifico è ciò che può essere verificato riproducendo lo stesso fenomeno nelle identiche condizioni. Il cancro della ricerca contemporanea è che si studia e si sperimenta solo in vista di un utile d'impresa. Il *razionale* è oggi una Cenerentola, messo insieme in quattro e quattr'otto, prima di passare a sedicenti studi clinici che **nessuno mai** (o quasi mai) controlla e nessuno può eseguire senza disporre di mezzi imponenti: riservati ad associati al *sistema*. La tragedia è che, sbiadendosi la vera nozione di scientificità, questa è stata ridotta ai proclami di chi dispone dei megafoni dell'editoria e dei mezzi d'informazione.

In altre parole, **tutto riposa sulla parola** di caste medico-farmacologiche. Come si fa a controllare? Bisognerebbe disporre di risorse immani, ma soprattutto di medici, biologi, chimici moralmente integri e liberi da condizionamenti. **Chi controlla i controllori?** Così è possibile dire tutto e il contrario di tutto. Uno studio recita che la tale sostanza nell'ics per cento dei casi ha una certa azione (o non ce l'ha): ma si va a vedere come è stato condotto, si controlla l'omogeneità dei pazienti, si verifica se i casi negativi sono stati esclusi e quelli dichiarati positivi non siano artefatti? Senza un organismo dimostratamente autonomo da sirene che cantano in dollari o in euro, che controlli sistematicamente criteri clinico-sperimentali e risultati, che impedisca pubblicazioni senza tale preventivo e rigoroso (e ripetuto) controllo, si continuerà a ciarlare di guarigioni inesistenti, di farmaci prodigiosi - anche se tossici ed inefficaci - e si **drogheranno** i cittadini lecitamente e impunemente con sostanze che gradualmente, fatalmente, creano in loro dipendenza, obnubilamento mentale e morale, arrendevolezza, perdita del senso critico. Già lo dimostrano le cronache nere quotidiane. Senza una reazione netta e intransigente, si avvicineranno sempre di più i panorami angosciosi descritti nel 1984 di George Orwell.

Occorre **restituire la ricerca ai veri ricercatori**, sottraendola alle imposizioni degli speculatori; e **restituire la medicina ai veri medici**, strappandola di mano a commissioni sanitarie incolte e corrotte che umiliano l'elevatissima funzione del medico e gli impongono cosa e come prescrivere.

Per ottenere questo deve cambiare un intero mondo. La logica della fazione - faziosa in tutto - deve cessare. Divide et impera: un motto che tutti dovremmo ricordare. La famiglia deve tornare ad essere la famiglia, la scuola la scuola, l'arte l'arte, la cultura cultura. Senza confusioni di ruoli e rispettando la vera libertà: che è quella per cui l'uomo può pensare e non imitare, imparare e non ripetere slogan, migliorare se stesso e dare un sentito contributo ai propri simili. Recuperare il senso della vita significa anzitutto questo. L'individuo non deve essere preso in considerazione solo quando indossa la veste di contribuente, consumatore, elettore, utente e l'invasività di un mercato sboccato, senza limiti, invasato dalla libido del guadagno e del successo, deve venire contrastata, controllata, abbattuta, fatta inginocchiare energicamente ai piedi delle esigenze dell'uomo e della civiltà. Quest'ultima deve *tradere*, cioè consegnare in una triste ma motivante staffetta il bastone della saggezza e dell'esperienza da una generazione all'altra. Si costruisce solo sopraelevando su solide fondamenta, non sul vuoto. Tagliare e dimenticare il passato è l'egida della barbarie e dell'oppressione.

Si riuscirà in tale intento? Esistono forze ed uomini che hanno deciso di dedicare la loro esistenza al salvataggio dell'umanità? Lo speriamo con tutta l'anima, più che per noi, per i nostri figli, nipoti, pronipoti.

L'auspicio è che un domani sempre più persone possano concludere la loro esistenza potendo ripetere quello che scrisse Luigi Di Bella pochi mesi prima di chiudere gli occhi per sempre: «*L'animo mi dice tuttavia che non sono vissuto inutilmente, perché ho fatto del bene ed ho gioito per il bene fatto*».

Adolfo Di Bella

Fonte > [Di Bella Insieme](#)