

## Maurizio Pianezza

Nato a Genova nel 1953.

Laureato in medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi di Genova. Specialista in Malattie Polmonari e Chirurgia Generale. Dirigente Medico nella disciplina di chirurgia generale presso Ospedale Pubblico. Professore Universitario a contratto.

Nel 1978 ho portato a termine la tesi di laurea che verteva sulla classificazione dei tipi istologici del cancro polmonare, in allora ancora in corso di completa definizione, con studio delle caratteristiche cellulari, in particolare la presenza di una componente neuroendocrina.

Professore a contratto presso la Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio negli anni 1979/81, dove ho seguito con interesse la nascente **pneumologia endoscopica ed interventistica per la diagnosi ed il trattamento del cancro polmonare, del mesotelioma e delle malattie professionali.**

Ho partecipato a studi finalizzati alla ricerca di **nuove strategie terapeutiche** oltre quelle chemioterapiche.

Iniziavano le prime prove cliniche sull'abbinamento di somatostatina o derivati sintetici e chemioterapici per i tumori polmonari a componente neuroendocrina, con evidenti risultati.

Nel 1983 ho iniziato la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale.

Contemporaneamente ho frequentato un Master di Scienza della Nutrizione, in quanto il paziente con insufficienza respiratoria spesso trova nella perdita di peso una strategia terapeutica.

E' di quel periodo **il primo libro** su aspetti ed ipotesi nutrizionali emergenti:

- **corretto abbinamento degli alimenti;**
- **assunzione di alimenti con effetto antiossidante** e la loro importanza clinica;
- **studio delle abitudini nutrizionali**, di varie popolazioni, alla ricerca di una spiegazione di alcuni fenomeni come, ad esempio, quello del boscaiolo della foresta nera, sempre dedito a lavori pesanti e quindi ad attività fisica, che muore d'infarto del miocardio con alta incidenza ed in giovane età, rispetto alle popolazioni esquimesi che, pur facendo una vita sedentaria, hanno un'incidenza di infarto del miocardio praticamente nulla.

La risposta era nel tipo di alimentazione: ricca in **grassi saturi** per il boscaiolo, mentre per l'esquimese ricca di **grassi insaturi**. Il primo si alimentava di carni rosse e burro, il secondo di pesce azzurro. E ancora, come mai la **longevità** e la **minor presenza di malattie** era prerogativa dei popoli che assumevano l'emergente **dieta mediterranea?**

Il merito è di alimenti quali la **verdura**, la **frutta**, il **pesce** ed i **legumi** ricchi di minerali, oligo elementi e molecole contro i radicali liberi.

Questa tipologia di alimentazione, tipicamente italiana, si era sostituita, dopo gli anni Sessanta, all'eccessiva assunzione di carni rosse le quali, non per necessità nutrizionale, rappresentarono in un determinato periodo storico uno *"status symbol"* del raggiunto benessere sociale.

Ci sono stati anni in cui si svilupparono studi su particolari piante e/o frutti che aiutarono a capire complessi meccanismi biologici del nostro organismo, ricordo in particolar modo:

- l'Alga di Egillo, patrimonio nutrizionale di molti popoli e studiata per il suo ruolo nel contrastare l'anoressia;
- la Spirulina tradizionale alimento delle popolazioni di Città del Messico;
- il Camu Camu, detta anche ciliegia amazzonica e ricchissima di vitamina C biodisponibile;

- la *Paulinia Sorbilis* i cui semi essiccati contengono caffeina la quale, essendo legata naturalmente a fibre, viene assimilata con un rilascio più lento evitando gli effetti tradizionali di una caffeina assunta attraverso il caffè.

Dagli studi sull'alimentazione si evidenziò come l'incidenza della malattia neoplastica in alcune popolazioni rispetto ad altre si basasse anche su differenze di apporto qualitativo del cibo:

- **la maggior incidenza di neoplasie esofago-gastriche** nella popolazione giapponese, che utilizza **cibi conservati** e assunti molto caldi;
- **la maggior incidenza del cancro mammario** in popolazioni ad elevato utilizzo di **carni rosse e latticini non fermentati**;
- **la maggior incidenza del cancro**, in genere, in popolazioni nella cui dieta assumono **alimenti ricchi di metionina**;
- **la maggior incidenza del cancro** nelle popolazioni che utilizzano ampiamente il **latte** in cui è presente l'IGF.

Al contrario nelle popolazioni che assumono **alimenti ricchi di vitamina A-C-D-E-F** si è dimostrata una **minor incidenza della patologia neoplastica**.

Ricordo come i colleghi, all'epoca, primi anni ottanta, scherzassero sull'importanza che davano ai radicali liberi nella patologia neoplastica, importanza che oggi è assolutamente provata.

Come Dirigente Medico nella disciplina di chirurgia generale mi sono dedicato, in modo più specifico, alla **chirurgia della mammella** introducendo quelli che erano i comportamenti più innovativi ed emergenti nell'approccio a questa patologia:

1. **chirurgia meno demolitiva**;
2. **introduzione della tecnica del linfonodo sentinella**.

Il primo comportamento era legato al dato statistico emergente, che vedeva nella **quadrantectomia** e nella **tumorectomia allargata**, un atto chirurgico che non modificava il rischio di ricaduta di malattia rispetto alla **mastectomia**.

Il secondo comportamento era legato all'individuazione del solo **linfonodo tributario** della lesione tumorale mammaria. Questo permetteva di limitare, in molti casi, la **linfadenectomia totale del cavo ascellare**, la quale come è ben noto porta con sé il rischio di linfedema dell'arto superiore omolaterale, ed inoltre non variava la prognosi.

Il **Linfedema dell'arto superiore omolaterale**, al di là dei trattamenti medici, a volte necessita di approccio microchirurgico, con derivazione linfatico venosa. Ho partecipato a sedute di microchirurgia dei linfatici che si proponevano di rimuovere, per quanto possibile, il danno anatomico, limitando, con questa procedura, perlomeno il peggioramento progressivo del quadro clinico e le linfangiti ricorrenti.

Con i colleghi, specialisti in chirurgia plastica, abbiamo valutato le nascenti possibilità di ricostruzione protesica sia sincrona che successiva della mammella. o praticato la tecnica della **mastectomia sottocutanea** nelle neoplasie multicentriche, anziché la mastectomia classica, **ai fini di preservare il capezzolo**, la cui perdita rappresenta per la paziente un danno psicologicamente più rilevante rispetto alla riduzione della ghiandola vera e propria. Questa procedura chirurgica necessita di cautela ed attenta valutazione del rischio di potenziali ricadute di malattia, sia nella conservazione della cute, che di una piccola porzione di tessuto retro-areolare per evitarne l'ischemia.

In quegli anni ho collaborato con alcuni colleghi oncologi e con gli anatomo-patologi, al fine di perseguire innovazioni terapeutiche, cogliendo tutti i particolari della cellula neoplastica che potessero tornare utili a nuove soluzioni, non classicamente chemioterapiche, i cui limiti si manifestavano già allora.

Dal 1996 ho riservato particolare attenzione al concretizzarsi delle conoscenze sui meccanismi della neoangiogenesi tumorale, portate avanti dai ricercatori americani e tra i primi Folkman. Era mia convinzione che questo meccanismo fosse tra i più importanti nell'ambito della progressione tumorale.

Nei miei trascorsi di studio avevo messo a fuoco **l'effetto della curcumina** sui processi infiammatori con componente neoangiogenetica ipotizzando un'azione **terapeutica positiva in ambito oncologico**. Oggi i meccanismi della curcumina sono stati chiariti: l'inibizione dell'mTOR rapamicino insensibile.

Sempre in quegli anni ho studiato l'effetto del bFGF (fattore di base del fibroblasto) del quale si

ipotizzava un effetto pro-angiogenetico.

E' proprio per l'azione di questa molecola che ho eseguito, verso la fine degli anni Novanta, una sperimentazione sull'**angiomatosi**, una patologia **non neoplastica**, bensì **parassitaria**, in cui la componente neo-angiogenetica e fibrotica rappresenta il meccanismo prevalente e spesso letale. Il termine favorevole di questa sperimentazione fece sì che **la Commissione Unica del Farmaco (CUF), oggi AIFA, nel 2001**, (con successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale), **rese erogabile gratuitamente**, per questa patologia **il farmaco octreotide**.

Nella relazione conclusiva, contenuta nella Gazzetta Ufficiale, riferivo inoltre l'importanza di questa sostanza nel meccanismo neo-angiogenetico tumorale.

Fu per questa mia particolare competenza che venni più volte sentito in merito alla vicenda del prof. Luigi Di Bella, il quale in allora sosteneva la tesi dell'impatto terapeutico favorevole della somatostatina e derivati sintetici nella patologia tumorale.

Non conoscevo il **prof. Luigi Di Bella**, ma il mio trascorso di studi, prima sulla somatostatina nel tumore polmonare a componente neuroendocrina e dopo sull'angiomatosi, mi fecero ritenere che potesse esserci "**verità**" in quanto sostenuto.

Inoltre la mia esperienza, nell'ambito della **patologia mammaria**, alla ricerca di terapie innovative aveva più volte visto negli **acidi retinoici** un potenziale **target terapeutico**.

Fu la ragione per cui, scoppiato il caso Di Bella, nelle occasioni che mi furono date, manifestai in articoli giornalistici ed in trasmissioni televisive il sincero convincimento di una potenziale efficacia di quella terapia.

Nonostante la sperimentazione clinica della multiterapia Di Bella fosse stata chiusa e dichiarata fallimentare io continuai a dare il mio contributo, per quanto richiestomi e per quanto io ritenessi corretto fare, alle battaglie fatte dal figlio del Professore. Fui presente con una mia relazione ai due congressi organizzati a Bologna nel 2004, ove partecipò anche il prof. L. Israel uno dei padri dell'oncologia mondiale, e a Milano, nel 2005, dove erano presenti il responsabile tecnico del Ministero della Salute Prof. Saraceni e alcuni componenti del Consiglio Superiore di Sanità.

Ho sempre sostenuto che nell'esperienza del "fenomeno popolare" del prof. Luigi Di Bella non avrebbe dovuto esserci solo ostilità, ma anche un "**sincero e reale interesse scientifico**".

Si colse invece una profonda diffidenza ed ampio scetticismo, sono convinto che questo fatto sia stato determinato più dalle modalità con cui si propose la terapia che non nel reale potenziale terapeutico; infatti molti colleghi oncologi non erano del tutto negativi e gli stessi sperimentatori fecero qualche timida apertura.

Le modalità di comportamento venutesi a creare portarono purtroppo solo a scontri, anche di basso profilo.

Fu proprio nel pieno della "rivoluzione dibelliana", anno 1998, che mi fu chiesto di scrivere un libro su ciò che in quel momento era motivo di quotidiane discussioni e cioè sulle terapie oncologiche cosiddette "alternative".

Terapie considerate dalla Comunità Scientifica depistaggio dalle terapie validate.

Anche se in parte poteva essere vero, non era giusto etichettare come ciarlatani (quack) e ciarlatanerie (quackery) tutto quello che non fosse in linea con i "protocolli terapeutici condivisi".

Raccolsi tutta la **bibliografia ufficiale** sulle molecole farmacologiche utilizzate dai medici che erano stati negli ultimi anni in Italia ed all'estero protagonisti dei "fenomeni popolari", così definiti, e che avevano avuto un importante impatto emotivo sulla popolazione.

L'impatto emotivo nasceva da **una nuova potenziale speranza**, forse per enfasi dei risultati ottenuti, ma anche dalla delusione delle cure ufficiali che si rivelavano inefficaci o con risultati lontani dalle aspettative dei pazienti e dei loro famigliari.

In tal senso la Comunità Scientifica ha sempre sostenuto che per quanto proposto non esisteva una "corretta procedura di verifica clinica" accusando i "medici fuori dal coro" come privi di scientificità e in alcuni casi anche di etica.

Nacque la mia pubblicazione "**Cancro oltre la chemioterapia**", nel quale si dimostrava come, sia per la terapia di Bella che per le altre terapie non convenzionali, vi fossero dati bibliografici e indicatori di credibilità scientifica sufficienti a supportare quanto proposto.

E' pur vero che erano mancanti lavori clinici di esaustiva conferma,

ma nessuna possibilità è stata data e nulla è stato verificato con serenità e rigore scientifico.

Nel maggio 2005 la trasmissione di Bruno Vespa, "**Porta a Porta**", volle riparlare del prof. Di Bella

e della sua terapia, anche per le nuove aperture del Ministero della Salute. Sono stato ospite della trasmissione in qualità di esperto di almeno due delle molecole utilizzate nella multiterapia Di Bella. Dagli ultimi mesi del 2005 ad oggi 2008, sono proseguite le mie ricerche nell'identificare nuovi approcci terapeutici laddove i trattamenti convenzionali poco o nulla ottengono, o laddove i trattamenti praticati abbiano avuto un risultato negativo. Non potendo più svolgere questa attività nell'ambito dell'ospedale in cui lavoro, in quanto sono venute meno le condizioni normative e di opportunità, continuo l'attività presso il mio studio.

Per tutto il 2005, laddove il mio trattamento proposto risultava efficace, ho ottenuto collaborazione da parte delle Aziende Sanitarie ai fini di ottenere gratuitamente i farmaci.

Dal 2006 non è stato più possibile per motivi legati alle leggi finanziarie, per cui, **ottenuto un risultato clinico favorevole**, l'unica strada percorribile, per l'ottenimento della **erogazione gratuita dei farmaci**, è rimasta quella giudiziaria tramite i **Tribunali – Sezione Lavoro**.

La necessità di questo comportamento nasce da due presupposti:

**1- la mia volontà a proseguire un progetto terapeutico non solo in ambito privato**

**2- l'impossibilità dei pazienti a curarsi, oltre un certo limite di tempo, per il gravoso costo dei farmaci peraltro tutti registrati e prodotti da multinazionali del farmaco.**

Questa impostazione, che ha trovato e trova feroci resistenze, viene da me sistematicamente seguita e rappresenta anche per i pazienti una modalità in qualche maniera di garanzia perlomeno sull'onestà intellettuale della prescrizione terapeutica.

Viste le resistenze da parte degli interlocutori delle Aziende Sanitarie che, anche di fronte ad un **risultato clinico positivo** continuano a dimostrare scetticismo nei confronti della mia terapia, è diventato indispensabile **scrivere il razionale scientifico** su cui si basa e dare la corretta informazione sui casi portati al vaglio dei Tribunali.

Non si vuole con ciò creare una deregulation terapeutica in campo oncologico, **si vogliono solo affermare dei principi:**

**1-** i protocolli terapeutici convenzionali, nati come indirizzo e suggerimento di comportamento, **sono di fatto diventati dei vincoli terapeutici, impedendo al medico** di applicare la propria specifica professionalità;

**2-** quando i trattamenti proposti seguendo i protocolli, hanno **scarsa efficacia** o sono stati applicati con risultati negativi **è corretto che un paziente possa rivolgersi a terapie non protocollari;**

**3-** le terapie non protocollari devono essere fatte con **farmaci autorizzati** al commercio e riconosciuti dagli Enti di Controllo FDA ed EMEA, anche se per indicazioni differenti.

Negli USA, Paese notoriamente molto restrittivo, è consentita la prescrizione da parte del medico di un farmaco regolarmente registrato anche se fuori dalle indicazioni.

Questo non fa perdere il "patentino" che autorizza alla professione;

**4- quando si dimostra**, passando al vaglio clinico a qualsiasi livello, **che una terapia ha dato un risultato clinico favorevole**, per un determinato paziente e solo per lui, **è doveroso concedergli farmaci a titolo gratuito.**

Nasce da queste considerazioni Il **libro** che ho scritto "**La mia terapia anticancro**"; permetterà ai medici, in particolar modo, di valutare il razionale scientifico su cui si basa la terapia che prescrivo, **tutti potranno leggere** i casi clinici portati nelle aule dei Tribunali italiani per tentare l'ottenimento dell'erogazione gratuita dei farmaci. E' importante comprendere e valutare l'importanza della problematica sollevata. **La scelta della libertà di cura, se c'è, deve essere accessibile a tutti.**