

Dott. Giuseppe Nacci

Trieste, Italy

6th January, 2022 Epifania

Biden's Hera Second Year

Varco Quattro Porto Franco di Trieste

The Italian ALAMO of 18th October 2021.

Medici Comunisti contro la Kemio

M.C.C.K.

Dichiarazioni di principio

1.

M.C.C.K. è un'associazione, senza scopi di lucro, alla quale possono accedere tutti i Medici italiani di comprovata Fede Comunista che, per propria Scienza e Coscienza, si ritengano contrari a qualsiasi forma e modalità di somministrazione di “farmaci chemioterapici” a pazienti malati di tumore.

Per “farmaci chemioterapici” si intendono tutti quelli riportati dalla Farmacopea Ufficiale (vedi allegato 1).

M.C.C.K. definisce tali “farmaci chemioterapici” dei “veleni”, il cui impiego dev'essere proibito, in virtù dell'antico Giuramento d'Ippocrate che fa divieto assoluto al Medico di somministrare “veleno” al proprio paziente, anche se richiesto dal paziente stesso.

Per meglio intendere questa posizione, M.C.C.K. chiamerà d'ora innanzi con il termine di “KEMIO” tale pratica, attualmente in uso nella maggior parte degli ospedali di tutto il mondo.

2.

M.C.C.K. intende proibire per legge l'utilizzo della Kemio in Italia, come riportato al Punto Quinto de *Sedici Punti di Programma per i Compagni e le Compagne* del 25 Ottobre 2021, che qui riportiamo per intero:

Sedici Punti di Programma per i Compagni e le Compagne

Punto uno. Uscita dell'Italia dalla NATO. Adottare una Politica neutrale sul modello svedese.

Punto due. Uscita dell'Italia dall'Unione Europea e restituzione alla Banca d'Italia del suo Oro.

Punto tre. Uscita dell'Italia dall'Euro. Nuova moneta dell'Italia legata all'Oro della Banca d'Italia.

Punto quattro. Intesa con gli Stati Uniti d'America per la messa al bando degli OGM (*).

Punto cinque. Intesa con gli Stati Uniti d'America per la messa al bando della Chemio-Terapia.

Punto sei. Intesa con gli Stati Uniti per la messa al bando dei Grassi Idrogenati (Diabete 2).

Punto sette. Nazionalizzazione delle Banche in tutto il mondo. Fine del mercato borsistico.

Punto otto. Nazionalizzazione degli Ospedali, e passaggio dalle ASL alle vecchie USL.

Punto nove. Se una Fabbrica licenzia i suoi Operai, nazionalizzazione della Fabbrica.

Punto dieci. Difesa ad oltranza dell'Agricoltura italiana, primo Patrimonio nazionale.

Punto undici. Informare i Compagni sull'uso della Febbre come fattore anti-COVID 19.

Punto dodici. Informare i Compagni sull'uso della Vitamina C per provocare la Febbre.

Punto tredici. **Sindacato Comunista Unitario di Difesa (S.C.U.D.)** sotto la protezione del Partito Comunista Italiano, da aprire in tutta Italia in MILLE sedi provinciali, fissando 1 (uno) Euro, come tassa d'iscrizione annuale per ogni Aderente.

Punto quattordici. Non esiste il NUCLEARE PULITO. No al Nucleare (vedi Nacci Giuseppe: *La minaccia della centrale nucleare di Krsko* 2008, *Threat of nuclear power Station of Krsko* 2021).

Punto quindici. NO all'espianto di Organi a Cuore Battente (vedi Nacci Giuseppe. *Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio*, in INTERNET).

Punto Sedici: Scioglimento Ordini dei Medici in tutta Italia (vedi in INTERNET *Magistratura italiana contro Nacci, lettera a Biden*, del 18 febbraio 2020).

(*) Vedi in INTERNET: CONGRESSO SANA Bologna, del 13/9/2008, "La minaccia OGM", esposta in 8 Punti (ENGLISH, ITALIANO, ESPANOL, DEUTSCH) in *Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio*, Edizione Febbraio 2011 e in *Thousand Plants against Cancer without Chemo-Therapy* May 2010.

3.

Dichiarazioni pubbliche.

Qualsiasi dichiarazione pubblica da parte dell'Associazione M.C.C.K. verterà solo ed esclusivamente su questioni mediche relative alla Kemio e a quanto riportato nel presente documento, che sarà recepito dallo Statuto. Tali dichiarazioni saranno preventivamente concordate fra tutti gli iscritti o, se di numero esteso, dai loro rispettivi rappresentanti, anch'essi medici.

4.

Uguaglianza dei Medici M.C.C.K.

I Medici di M.C.C.K. sono uguali fra loro, a prescindere da anzianità, curriculum, specialità post-laurea. L'elenco di questi Medici seguirà pertanto l'elenco alfabetico; se di numero elevato, tale elenco sarà suddiviso per singole regioni o province italiane. I rapporti tra i Medici, all'interno di M.C.C.K., non potranno prescindere dai principi e dalle regole del Potere (Kratos) del Popolo (Demou), cioè dalla Democrazia vera e reale che è stata fondamento dell'Italia Repubblicana del Secondo Dopoguerra, e di cui la sua Costituzione è inviolabile e sacra al Popolo.

5.

Denuncia della condizione di asservimento dei Medici alla logica del profitto delle Multinazionali Kemio-farmaceutiche

M.C.C.K. denuncia che nel nostro Sistema Occidentale, negli ultimi 80 anni, la Medicina è stata asservita all'interesse economico del Cartello del Farmaco, cioè delle Multinazionali della chimica-farmaceutica (vedi *I.G.Farben*), togliendo ai Medici l'indipendenza e la libertà di decidere le cure più appropriate per il paziente. Addirittura si tenta di vietare e di mettere in ridicolo qualsiasi terapia medica che non sia attuata attraverso l'utilizzo di farmaci brevettati dalle grandi Multinazionali Kemio-farmaceutiche. Affermare oggi, nel 2022, che le vitamine naturali (circa 30.000 o più) possano essere capaci di curare le malattie cronico-degenerative (essendo queste ultime dovute proprio alla carenza cronica di vitamine naturali), costituisce "*affermazione di netta contrapposizione alle terapie mediche (farmaceutiche) convenzionali*" (azione disciplinare subita nel 2005 da un medico), e come tale, può essere perseguita disciplinarmente dagli Ordini dei Medici, spesso secondo procedure non compatibili con la dignità professionale dei sottoposti a procedimento disciplinare, né con il loro diritto a un giudizio equo ed imparziale.

6.

Denuncia del potere delle Multinazionali Kemio-farmaceutiche

M.C.C.K. denuncia la pericolosità delle Multinazionali Kemio-farmaceutiche per la salute pubblica.

Questa minaccia è altissima a causa del monopolio da esse raggiunto sulla salute e sull'alimentazione (vedi DECIMA DICHIARAZIONE D'INTESA in ALLEGATO 2 e nel testo on-line *Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio*).

La pericolosità degli OGM, cui sono collegate, è anch'essa reale (vedi CONGRESSO SANA del 13 settembre 2008, in ALLEGATO 3 e nel testo on-line *Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio*).

Il potere delle Multinazionali Kemio-farmaceutiche è così forte nelle istituzioni dell'Unione Europea, che esse sono riuscite, il Primo Maggio 2011, a proibire in tutta Europa l'utilizzo futuro delle vitamine naturali date come *integratori* (vedi in ALLEGATO 4, dal libro on-line *Primo maggio 2011 la lunga notte*).

La maggior fonte di reddito per le Multinazionali Kemio-farmaceutiche è una malattia cronico-degenerativa chiamata "CANCRO".

Attualmente l'unica cura standardizzata, voluta, promossa e difesa ad oltranza da esse per la cura del CANCRO è la KEMIO, che notoriamente fallisce in oltre il 90% dei cancri (carcinomi), e di altri tumori (melanomi, sarcomi, glomi) su cui viene impiegata, e che continua a fallire anche in circa il 50-70% delle Leucemie e dei Linfomi (altre forme di tumori) (vedi SESTA DICHIARAZIONE D'INTESA in ALLEGATO 5 e nel testo on-line *Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio*).

Non è noto l'introito economico derivante dalla vendita agli Ospedali di questi farmaci "KEMIO" così inefficaci nella cura, farmaci che vengono usati in America dalla metà degli anni '50, e in Europa e in Italia dagli anni 60-70. Secondo alcune fonti, solo in Italia, il costo da parte dello Stato italiano sarebbe di DIVERSI miliardi di Euro.

Stime molto approssimative riferirebbero che, in America ed Europa, almeno 100-150 milioni di persone siano state sottoposte, con esito fallimentare, a queste "terapie chimiche", in un arco di tempo di circa 50-60 anni, con incremento esponenziale a partire dagli anni '70 (*dati non disponibili*): ma nessun provvedimento è stato finora preso per fermare questa sperimentazione globale.

L'affermazione, invece, che il CANCRO e i tumori in genere possano essere guariti, in larga misura, con una alimentazione molto ricca di vitamine naturali, e povera invece di proteine, sodio, glucosio e grassi saturi (come realmente avviene in alcune cliniche straniere "per ricchi"), viene in tutto il mondo ostacolata, denigrata, derisa, o, molto più semplicemente, ignorata.

Eppure, la stessa ricerca scientifica pubblica ogni anno lavori scientifici inoppugnabili su vitamine naturali che inducono il fenomeno di "apoptosi" (suicidio) nelle cellule tumorali, e solo su di esse; (disponibile, su richiesta, il CD-ROM "APOPTOSI", contenente 96 articoli scientifici in PDF sull'argomento).

Le vitamine naturali sono osteggiate dalle Multinazionali kemio-farmaceutiche perché non possono essere brevettate, essendo contenute nella frutta, nella verdura, nei cereali e nei legumi.

Ma da alcuni decenni, le stesse Multinazionali kemio-farmaceutiche hanno iniziato a modificare geneticamente (OGM) cereali, legumi, frutta e verdura di tutto il mondo.

M.C.C.K. ritiene che ciò sia fatto per ridurre e/o eliminare queste vitamine naturali dall'alimentazione corrente delle persone e anche per introdurre in tutti i cereali e in tutti i legumi (già ricchi per propria natura di quasi tutti gli aminoacidi essenziali ma *mai* completi), TUTTI gli *aminoacidi essenziali*, trasformando così questi preziosi e antichi alimenti in pericolose fonti iperproteiche alimentari, estremamente dannose per la salute (*american obesity*, diabete, CANCRO, malattie auto-immuni).

Infine, le Multinazionali OGM utilizzano spesso i *Retro-virus transgenici* CaMV35S o CaMV19S per modificare questi semi e queste piante: ma è ben noto, fin dagli anni 70, che i Retro-virus possono essere causa di leucemia, linfoma, glioma, sarcoma e tumore della mammella (Vedi in INTERNET: CONGRESSO SANA Bologna, del 13/9/2008, "La minaccia OGM", esposta in 8 Punti (ENGLISH, ITALIANO, ESPANOL, DEUTSCH) in *Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio*, Edizione Febbraio 2011 e in *Thousand Plants against Cancer without Chemo-Therapy* May 2010).

7.

Sostegno di M.C.C.K. ai Medici di Famiglia

M.C.C.K. ritiene che lo Stato italiano deve fungere da sostegno medico-legale gratuito per tutti i *Medici di Famiglia di comprovata Fede Comunista*, iscritti alla M.C.C.K., e impegnati nell'esercizio di una libera e indipendente attività curativa, rispettosa della libera e consapevole scelta terapeutica del paziente, così come sancito dall'articolo 32 della Costituzione:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”), e dallo stesso Codice di Deontologia medica.

Tale principio di libertà di cura viene del resto richiamato ed esplicito da sempre più numerose sentenze della Magistratura (vedi, una per tutte, Sent. Cass. Sez. IV, n. 301/2001, che, nel ribadire il principio della libertà terapeutica del medico, così motiva:

“... è corretto valorizzare l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche, perché l'arte medica, mancando per sua natura di protocolli scientifici a base matematica, spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l'esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere con attenta valutazione di una quantità di varianti che solo il medico può apprezzare; tale valore di libertà nelle scelte terapeutiche non può essere avventata né fondata su semplici esperienze personali. Una volta effettuata la scelta, il medico deve restare vigile osservatore dell'evolversi della situazione, in modo da poter intervenire immediatamente in caso di urgenza, qualora capisca che la scelta fatta non era quella appropriata; quanto tutto ciò sia stato realizzato, il medico non può rispondere di un eventuale insuccesso; il giudice, per valutare la correttezza della scelta terapeutica operata dal medico e l'eventuale imperizia del suo operato, deve operare un giudizio “ex ante”, collocandosi cioè mentalmente nel momento in cui il medico viene chiamato a operare la scelta e considerando anche la consistenza scientifica di questa”.

8.

Strategia delle Multinazionali Kemio-farmaceutiche

Il principale obiettivo di queste Aziende è VENDERE, VENDERE, VENDERE, non ha importanza cosa, purchè il prodotto sia a basso costo di produzione, venga venduto ad alto prezzo, e che l'effetto complessivo sia un incremento ulteriore di altre vendite, possibilmente all'infinito: deve cioè "autosostenersi", anche a costo di crescere a spese degli altri.

E' è ben noto, da almeno 40-50 anni, il sostanziale fallimento della Kemio, eppure il "mercato umano" continua a tirare. La spiegazione risiede nella seguente catena causa-effetto:

- a) Ad un paziente viene diagnosticato il CANCRO (vero o falso, comunque condotto con strumentazioni sofisticate ed estremamente costose, frutto di 50 anni di ricerca che ha completamente rivoluzionato l'*imaging* diagnostico (TAC, Risonanza Magnetica, Ecografia, Medicina Nucleare); in aggiunta, sofisticati esami del sangue consentono di rintracciare molecole particolari che *dimostrano* inequivocabilmente la presenza del CANCRO, anche se in verità per molti di questi valori ematici non vi è sicurezza alcuna, poiché molti di questi possono salire di conteggio nel sangue anche per altri motivi.
- b) Il paziente sa che di CANCRO si muore, nonostante le costosissime ricerche in atto.
- c) Il paziente non se la sente quindi di trascurare la malattia: essa è talmente "*mortale*" che risulta *ovvio* iniziare subito le terapie necessarie, qualunque possa essere la sofferenza e il costo... di fronte alla parola CANCRO, anche il più distratto dei pazienti metterà tutta la sua accortezza, precisione e attenzione necessaria richiesta da esami, controlli, operazioni chirurgiche, sedute di kemio-terapia, di radio-terapia, etc....
- d) E' quindi importante, per il paziente, avere da parte dei medici la massima attenzione possibile; egli infatti è un paziente "speciale": egli non ha una banale malattia infettiva. Egli vuole il meglio del meglio per guarire dalla sua malattia, e vuole giustamente che le TASSE che il governo lo obbliga a pagare e che sono state, almeno in parte, impiegate per erigere i moderni Poli di Ricerca su Cancro, siano spese bene *adesso* per lui: perciò egli non deve versare nulla del proprio denaro per pagarsi la Kemio. Si sentirà allora gratificato dai medici notando che egli non sarà sottoposto a un banale trattamento curativo, ma a costosissimi *protocolli internazionali di cura*...chiamati "TRIALS", e da nomi esotici, con acronimi spesso in Inglese.

- e) Le Multinazionali kemio-farmaceutiche hanno quindi tutto l'interesse a promuovere incontri, dibattiti, congressi, E.C.M. (Educazione Continua in Medicina), e soprattutto *protocolli internazionali di cura...* pur sapendo, comunque, che la percentuale di successo resterà sempre inferiore al 10 % di sopravvissuti a 5 anni dall'inizio delle "cure" kemio-farmaceutiche (un po' di più, come statistica, nel caso di leucemie e di linfomi).
- f) La Chirurgia e la Radio-Terapia, sono di gran lunga più efficaci della KEMIO (guarigione in circa il 50% dei casi se CANCRO non metastatizzato a distanza, che sale all'80% per forme iniziali, piccole e, anch'esse, se non metastatizzate a distanza). Sia la Chirurgia che la Radioterapia vanno bene alle Multinazionali kemio-farmaceutiche perché offrono a loro un valido e giustificato appoggio tecnico-scientifico: in particolare, la figura del CHIRURGO, nell'immaginario collettivo è la figura "eroica" dei tempi moderni di oggi: il paziente con CANCRO andrà in ospedale affidandosi al CHIRURGO, non certo partendo dall'idea di farsi fare subito la KEMIO o la Radio (che spesso confonde fra loro). Il CHIRURGO, o meglio, la sua figura mitizzata, resta al centro di ogni pensiero del paziente, terrorizzato dalla diagnosi, vera o falsa, di CANCRO.
- g) E' in questa fase che interviene il Medico di Famiglia: è lui che darà finalmente al paziente le informazioni essenziali e l'incoraggiamento per l'ultimo passo, quello decisivo: l'invio in ospedale con la richiesta scritta di eseguire la TERAPIA ANTI-CANCRO presso quel determinato Ospedale, sia essa Chirurgia, Radio-Terapia e/o Kemio-Terapia. Il Medico di Famiglia è quindi l'ultima, delicata, fragile barriera fra un paziente terrorizzato dal CANCRO e l'ospedale ...il passaggio successivo sarà la firma del Consenso Informato che metterà l'Ospedale al riparo da qualsiasi denuncia in caso di fallimento della KEMIO...
- h) In sostanza, è interesse dell'azienda kemio-farmaceutica che vi sia la corsa *immediata* del paziente in ospedale (gli dicono che "...non si può perdere neppure un giorno, altrimenti le cellule vanno in giro...", anche se il CANCRO, quando appare ai raggi X, è vecchio di almeno qualche anno o anche più). Inoltre, le aziende pretendono che il ricovero e le cure debbano essere sempre *interamente a carico dello Stato*, pur essendo la KEMIO efficace in meno del 10% dei casi. Se per assurdo, i costi venissero di colpo fatti ricadere sul paziente, i più poveri non potrebbero più curarsi con la KEMIO....e forse, per disperazione, si metterebbero allora nelle mani di qualche "strano" Medico, con "strane" terapie anti-cancro a basso costo, accettando, sia pure con indubbio stupore, le sue "strane" idee sull'impiego massiccio di *vitamine naturali* e su una stretta dieta vegetariana per "guarire" (che ipotesi assurda) dal CANCRO: malattia di cui invece, se fosse stato ricoverato in ospedale sarebbe invece sicuramente guarito, anche se sottoposto alla KEMIO, appartenendo sicuramente a quel 10% o meno di fortunati.

i) Il paziente, così, entra nel circolo vizioso della KEMIO. A questo punto è, di fatto, perduto. Nei mesi successivi, le continue e ripetute infusioni di veleno prepareranno l'exitus finale, che potrà avvenire dopo pochi mesi, dopo un anno o qualcosa in più. E' dimostrato, del resto, dati scientifici alla mano, che la KEMIO abbrevia di 3-4 volte la normale aspettanza di vita delle persone: se il paziente ha realmente il CANCRO, l'infusione di questi veleni, dopo un'apparente *regressione parziale* o, in alcuni casi, dopo una *totale regressione* delle masse tumorali, tale infusione otterrà semplicemente di aver distrutto tutte le difese immunitarie del paziente, ottenendo come unico risultato la comparsa ineluttabile, e non più umanamente arginabile, di un secondo CANCRO o di una prima e definitiva RECIDIVA del primo CANCRO, questa volta però *resistente* alla KEMIO (per sviluppo nelle cellule tumorali di una pompa glicoproteica di membrana da 170 kilodalton che spurga fuori dalla cellula tumorale i veleni chimici). Nel frattempo, essendo il paziente privo ormai di efficienti difese immunitarie, egli non potrà più fermare l'avanzata del tumore. La morte ineluttabile del paziente confermerà una volta di più che il CANCRO non perdona. E, in un certo senso, si potrebbe persino postulare che, agli occhi delle Multinazionali kemio-farmaceutiche, la morte del paziente *deve essere* necessaria, per confermare che il CANCRO è realmente incurabile, nonostante tutte le migliori cure disponibili, migliori perché estremamente costose. In tal modo viene perpetuata la *paura* verso il CANCRO. La catena di causa-effetto si riaggancerà così su di un nuovo paziente, un altro paziente, a cui lo stesso Medico di Famiglia di prima dovrà comunicare, gravemente, che: "... a seguito di quegli accertamenti fatti per quel dolorino dell'altro mesele recenti analisi del sangue..." oppure "i ...raggi..., oppure ..."...l'ecografia dell'altra settimana... indicherebbero delle METASTASI, purtroppo non risolvibili con il solo e semplice intervento chirurgico....

Spezzare la catena causa-effetto del CANCRO + KEMIO

Prima Proposta di M.C.C.K.: togliere il finanziamento pubblico a tutti i protocolli di KEMIO eseguiti su quei tipi di tumore verso i quali la KEMIO non è in grado di dare percentuali di sopravvivenza accettabili dopo 5 anni dal trattamento, vale a dire con percentuali di sopravvivenza a 5 anni inferiori al 10%. Verrebbero in tal modo tolti alla KEMIO quasi tutti i cancri (carcinomi) e gran parte degli altri tumori (sarcomi, melanomi, glomi). Si otterrebbe così che la gente si accorgerebbe che senza KEMIO ci si cura meglio e con maggiori risultati. Ciò aprirebbe la strada a togliere alla KEMIO anche la cura degli altri tumori, come la Leucemia e i Linfomi.

Seconda Proposta della M.C.C.K.: impegnarsi a far sì che il CONSENSO INFORMATO sia riconosciuto come atto di alta responsabilità, quale vero e proprio contratto intercorrente fra medico e paziente, secondo il valore attribuitogli dalla Legge. Sarebbe opportuno, nel caso di malattie cronico-degenerative, di non immediato pericolo di vita, ritenere INVALIDATO qualsiasi CONSENSO INFORMATO incompleto o che sia stato firmato in un periodo di tempo troppo breve, per esempio inferiore ai 15 giorni tra la comunicazione della diagnosi e l'inizio di terapie ad alto margine di insuccesso.

Terza Proposta della M.C.C.K.: informare i Medici di Famiglia che essi possono curare a casa i loro pazienti, senza ricorrere, tranne casi disperati, a ricoveri ospedalieri. Aderendo ad M.C.C.K. possono acquisire lo “*status di obiettori nei confronti della KEMIO*”, salvaguardandosi da qualsiasi minaccia da parte del sistema delle Multinazionali Kemio-farmaceutiche. Queste infatti hanno diversi strumenti per condurre pressioni sui Medici di Famiglia:

- 1) L'Ordine dei Medici può revocare loro la Mutua. La sola minaccia di questo è già ampiamente sufficiente a far loro desistere dal curare i pazienti malati di CANCRO in maniera diversa da quanto desiderato dalle Multinazionali kemio-farmaceutiche.
- 2) I *Corsi formativi congressuali E.C.M.* obbligano i medici a raccogliere un certo punteggio di frequenza a questi congressi, quasi sempre sponsorizzati dalle Multinazionali Kemio-farmaceutiche. Medici obiettori nei confronti della KEMIO potrebbero facilmente incorrere in abbassamenti dei punteggi ottenuti ai quiz di fine congresso, oppure allo smarrimento di documentazione attestante la frequentazione di tali corsi, oppure al mancato accreditamento a corsi o congressi importanti. Tutto ciò potrebbe poi avere gravi ripercussioni per il Medico di Famiglia, che potrebbe trovarsi revocata la Mutua.
- 3) Insegnamento (indottrinamento) diretto ai Medici: gli stessi *Corsi formativi congressuali E.C.M. (Educazione Continua in Medicina)* sono importanti per “catechizzare” in senso Kemio-farmaceutico la preparazione professionale di tutti i medici, e in particolare dei Medici di Famiglia, essendo questi ultimi i veri “serbatoi” di pazienti per le Multinazionali Kemio-farmaceutiche.

10

Dalle proposte e considerazioni su accennate, discendono le seguenti ineludibili prospettive dell'M.C.C.K.

- 1) Promuovere la chiusura degli Ordini dei Medici: è un potere che obbedisce agli interessi delle Multinazionali kemio-farmaceutiche, in particolare controllando i suoi iscritti.
- 2) Promuovere la chiusura dei Congressi E.C.M.: i congressi si possono fare ma non ci deve più essere alcun controllo sui medici partecipanti, né tantomeno sottoporli a verifiche di dubbia qualità: è il paziente che si sceglie il suo medico di fiducia, e non le Multinazionali.

11

Togliere la paura del CANCRO alla collettività

M.C.C.K. intende togliere la *paura del CANCRO* alle persone spiegando che:

A) il CANCRO è la punta dell'iceberg di una intossicazione chimica cronica durata tantissimi anni, dovuta a cibo inquinato da sostanze chimiche tossiche, privo di vitamine naturali, e, se OGM, contenente in alcuni casi retrovirus capaci d'innescare tumori, oppure di auto-alimentarlo, ad esempio con aminoacidi essenziali presenti innaturalmente in larga quantità e tipo.

B) Si può guarire, ma solo lentamente, con una lunga, continua, paziente alimentazione ricca di vitamine naturali (circa 30.000), priva il più possibile di OGM, di grassi saturi, di sodio, di sostanze chimiche tossiche e, per un certo periodo, anche di proteine: se la bilancia finale della qualità del cibo ingerito risulterà in attivo, l'organismo si detossificherà in qualche anno, e le difese immunitarie avranno finalmente buon gioco nel difendere l'organismo da virus, retrovirus, germi, funghi, parassiti e CANCRO: grandi medici hanno già dimostrato la validità di queste affermazioni: Kousmine, Gerson, Pantellini, Binzel, Tan, Morrone, Di Bella, etc...

Conclusioni:

Se ogni Medico di Famiglia sarà finalmente libero di curare secondo la sua cultura medica, i suoi studi, senza la minaccia di nessuno, allora ogni paziente saprà trovare nel proprio Medico di Famiglia la persona più adatta a guidarlo nella lunga, ma non difficile, cura del CANCRO.

Primo firmatario: Dott. Giuseppe Nacci (nato il 26 febbraio 1964 a Trieste; laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Trieste il 7 novembre 1991; Abilitato all'esercizio della professione medica presso l'Università di Trieste il 27 novembre 1991. Specializzato in Medicina Nucleare presso l'Università di Milano nel 1996).

Suoi Testi liberamente scaricabili gratis da INTERNET

Università degli Studi di Siena. *Dodici Casi clinici di Terapia metabolica*. 2009/2010
Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio. Febbraio 2006/2011
Thousand Plants against Cancer without Chemo-Therapy. May 2010
La minaccia della centrale nucleare di Krsko. 2008 (140 pagine)
The Threat of nuclear power Station of Krsko. 2008. (135 pages)
The Threat of nuclear power Station of Krsko. 2021. (150 pages)
Primo Maggio 2011. La lunga Notte (90 pagine)
First May 2011. The long Night (90 pages)
Fisica Eretica. Flusso catalizzatore sotto Campo Magnetico Pulsato. 388 pagine
Otto Storie (142 pagine)
Nell'ultima Valle del Mondo (95 pagine)

Per aderire ad M.C.C.K, riportare

Nome, Cognome, data di nascita, luogo di residenza, Indirizzo, Laurea. Breve Curriculum o Biografia, Pubblicazioni scientifiche conseguite. Apprezzato pure un breve testo libero sulla questione medica, sociale, economica e politica attuale, varie ed eventuali proposte aggiuntive, libri gratis on-line su varie questioni, anche non di argomento medico, ma soltanto se scritti dall'aderente al M.C.C.K.

Sito INTERNET del presente DOCUMENTO della M.C.C.K, e per la futura raccolta dei firmatari, ancora in preparazione.

ALLEGATI

ALLEGATO 1: Farmaci cito-tossici in vendita in Italia per Chemio-Terapia

i nomi commerciali sono in corsivo. I costi, in Lire, sono riferiti all'anno 1998

AZIENDE FARMACEUTICHE:

Astra Zeneca S.p.A.

Aventis Pharma S.p.A.

Bristol-Myers Squibb S.p.A.

Chiron Italia S.r.l.

Dompè Biotec S.p.A.

Eli Lilly S.p.A.

Glaxo Wellcome S.p.A.

Ipsen S.p.A.

Italfarmaco S.p.A.

Janssen-Cilag S.p.A.

Novartis Farma S.p.A.

Roche S.p.A.

Schering Plough S.p.A.

Agenti alchilanti

Ciclofosfamide :

ENDOXAN ASTA® di Asta Medica: 50 confetti da 50 mg l'uno, fascia A, Lire 17.300

ENDOXAN ASTA® di Asta Medica: fiale da 0,5 grammi; Fascia A, Lire : 8700

ENDOXAN ASTA® di Asta Medica: fiale da 1 grammo; Fascia A, lire: 15.400

Ifosfamide

Mostarda azotata

Clorambucil:

LEUKERAN® della Glaxo: 25 compresse da 5 mg l'una; fascia A, Lire 22.200

LINFOLYSIN® del Nuovo Ist. Sier. Milan.: 50 confetti da 2 mg l'uno; fascia A, Lire 19.800

Busulfan:

MYLERAN® della Glaxo: 100 compresse da 2 mg; fascia A, Lire 29.000

Melfalan :

ALKERAN® della Glaxo: 25 compresse da 5 mg l'una; Fascia A, Lire: 26.300

Nitrosuree:

A) Carmustina (BCNU)

B) Iomustina (CCNU)

Cis-diclorodiammina platino:

CIS-PLATINO TEVA® della Teva: fiale da 20 ml da 10 mg per endovena; fascia A, Lire 20.200

CIS-PLATINO TEVA® della Teva: fiale da 100 ml da 50 mg per endovena; fascia A, lire 84.200

CITOPLATINO® della Rhone Poulenc: fiale da 10 mg per endovena; fascia A, lire 20.800

CITOPLATINO® della Rhone Poulenc: fiale da 25 mg per endovena; fascia A, lire 47.800
CITOPLATINO® della Rhone Poulenc: fiale da 50 mg per endovena; fascia A, lire 95.000
PLATAMINE® della Pharmacia; fiale da 10 mg; Fascia A, lire 20.800
PLATAMINE® della Pharmacia; fiale da 25 mg; Fascia A, lire 47.800
PLATAMINE® della Pharmacia fiale da 50 mg ; Fascia C, lire 91.000
PLATINEX® della BMS fiale per endovena da 10 mg; Fascia C, lire 19.200
PLATINEX® della BMS fiale per endovena da 10 mg in 20 ml, sol. Pronta; Fascia A, lire 20.200.
PLATINEX® della BMS: fiale per endovena da 25 mg in 50 ml; fascia A, lire 45.700
PLATINEX® della BMS: fiale per endovena da 50 mg in 100 ml; fascia C, lire 91.100

Carboplatino:

PARAPLATIN® della BMS: fiale da 150 mg per endovena (Fascia A, Lire 265.000)
PARAPLATIN® della BMS: fiale da 50 mg per endovena (Fascia A, Lire 88.200)

Antibiotici anti-tumorali (ricavati dallo Streptomyces):

Doxorubicina (Adriamicina):

ADRIBLASTINA SOL. PRON. ® della Pharmacia : fiale da 10 mg in 5 ml; Fascia C, Lire 29.000.

Daunorubicina (Daunomucina):

DAUNOBLASTINA® della Pharmacia : fiale da 20 mg; fascia A, lire 25.500

Bleomicina:

BLEOMICINA® della Rhone Poulenc: fiale liofilizz. da 15 mg per endovena; fascia A, lire 52.700

Dactinomicina (Actinomicina D):

Mitomicina C:

MITOMYCIN C® della Kyowa; fiale da 2 mg; Fascia A, lire 21.400

Alcaloidi di origine vegetale

Alcaloidi della Vinca :

Vincristina:

VINCRISTINA PHARMACIA® della Pharmacia: fiale da 1 mg; fascia C; lire 21.300

VINCRISTINA PHARMACIA® della Pharmacia: fiale 2 mg; fascia C; lire 42.600

VINCRISTINA TEVA® della Teva: fiale da 1 mg; fascia C; lire 23.300

VINCRISTINA® della Eli Lilly: fiale da 1 mg, fascia A; lire 23.200

Vinblastina:

VELBE® della Eli Lilly; fiala da 10 mg; fascia A, lire 29.900

Derivati dalla Mandragora:

VP-16 (Mandragora, Podofilottossina)

Derivati del Tasso (*Taxus baccatus*: Tasso, Albero della Morte (Italian); Tree of Death (English); Eilec (Deutsch);

TAXOL® della Bristol Meyers Squibb : fiale da 30 mg/5 ml; fascia A; 257 Euro

TAXOL 100® della Bristol Meyers Squibb : fiale da 100 mg/1 ml; fascia A; 640 Euro

TAXORENE®

Anti-Metaboliti (antagonisti delle purine)

Tioguanina (6 Thioguanina, 6 TG)

THIOGUANINE® della Glaxo, 25 compresse da 40 mg, fascia A, lire 76300

Mercaptopurina (6- Mercaptopurina, 6 MP)

PURINETHOL® della Glaxo, 25 compresse da 50 mg, fascia A, lire 26100

Antagonisti delle pirimidine

Citarabina (Citosina arabinoside, ARA-C)

ARACYTIN® della Pharmacia: fiale da 100 mg in 10 ml, fascia A, lire 9.400

ARACYTIN® della Pharmacia: fiale da 500 mg in 5 ml, fascia A, lire 36.400

ERPALFA® della Intes: collirio da 0,5 % in 5 ml, impiegata nelle cheratiti virali; fascia C, lire 6100

Flurouracile (5-Fluorouracile, 5-FU)

FLUOROURACILE TEVA® della Teva, fiale da 250 mg; fascia A, lire 12.100.

FLUOROURACILE® della Roche, fiale da 250 mg in 45 ml; fascia C, lire 31.300

EFUDIX® della Roche, unguento da 20 grammi al 5%; fascia A, lire 8700; impiegato per applicazioni d'unguento sulla pelle per cheratosi solare, cheratosi senile, malattia di Bowen, epitelomi basocellulari

Metotrexato (MTX)

BRIMEXATE® della BMS ; fiale da 20 mg; fascia C, lire 8.800

METHOTREXATE 500® della Wyeth; fiale da 500 mg; fascia A, lire 146.200

METHOTREXATE® della Wyeth; 100 compresse da 2,5 mg; fascia C, lire 25.800

METHOTREXATE® della Wyeth; 25 compresse da 2,5 mg; fascia A, lire 9.600

METHOTREXATE® della Wyeth; fiale da 50 mg; fascia A, lire 12.800 *METHOTREXATE*® della Wyeth; fiale da 5 mg; fascia A, lire 3.400

METHOTRESSATO TEVA® della Teva ; fiale da 500 mg; fascia A, lire 146.300

METHOTRESSATO TEVA® della Teva ; fiale da 50 mg; fascia A, lire 19.800

Nota: impiegato anche nell'artrite reumatoide dell'adulto

Dacarbazina

DETICENE® della Rhone Poulenc: fiale da 100 mg in 10 ml; fascia A, lire 10.200

DTIC (Imidazol-4-carboxamide-dimetiltriазeno)

ALTRI CHEMIOTERAPICI:

Vindesina Solfato

ELDISINE® della Eli Lilly, fiale da 5 mg fascia A, lire 282.400

ALLEGATO 2

tratto dal testo on-line *Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio*.

Decima Dichiarazione: Il connubio delle Multinazionali agro-alimentari con quelle chimico-farmaceutiche

Multinazionali agro-alimentari (Biotech, OGM)

Da alcuni anni si sta verificando la nascita di multinazionali che si definiscono "*multinazionali di scienze della vita*" attive sul mercato farmaceutico, dell'agro business (sementiero e pesticidi) e veterinario. Sono settori tra loro diversi, ma che sono legati insieme dall'utilizzo delle biotecnologie (OGM) per la realizzazione dei loro prodotti. Queste multinazionali stanno utilizzando delle strategie economiche molto spregiudicate ed aggressive: dai primi anni '90 stanno operando per acquistare aziende anche di grande dimensioni.

Una di queste, la *Monsanto*, ha acquisito nel termine di pochi anni *Asgrov*, *Agracetus*, *De Calb*, *Cargil*, con un investimento di 10 miliardi di Euro attuali.

La *Dupont*, altro grande gruppo, ha acquistato la *Pioneer* con un investimento di circa 8 miliardi di Euro attuali.

Questi investimenti sembrano avere una logica anti-economica: esse pagano le aziende che rilevano molto più del loro reale valore, come se cercassero di eliminare un potenziale concorrente piuttosto che ottenere un risultato economico a breve termine.

Accanto alle acquisizioni abbiamo anche le fusioni: *Ciba Geigy* e *Sandoz* creano *Novartis* (fatturato di 20 miliardi di Euro attuali nel 1997-98).

La stessa *Novartis* ha fuso poi il suo settore agro-alimentare con *Astra Zenic*.

Dalla fusione della francese *Rhone Poulenc* e della tedesca *Hoechst* nasce *Aventis*.

È sempre in questo contesto che nasce, nell'ottobre 2000, il primo gruppo mondiale di agrochimica, *Syngenta*, - risultato della fusione della svizzera *Novartis* (Azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia) con l'anglo-svedese *Astra-Zeneca* (anch'essa azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia) che realizzerà un giro d'affari di circa otto miliardi di euro. *Monsanto*, dopo la fusione con *Pharmacia & Upjohn*, una grande ditta farmaceutica (anch'essa azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia), si occupa ormai solo di agricoltura, con un giro d'affari che nel 2000 ha raggiunto i 5,49 miliardi di dollari.

La situazione attuale è la seguente: pochissime multinazionali (*Syngenta*, *Monsanto*, *Novartis*, *Dupont*, *Aventis*) detengono il 25-30% del mercato sementiero (ma oltre il 90% del mercato delle sementi transgeniche) e dietro questi grandi gruppi si nota una tale polverizzazione da indurre a pensare che questo andamento non potrà che rafforzarsi in futuro non potendo delle aziende di medie dimensioni contrastare la concorrenza di grandi gruppi economici, e l'obiettivo sembra chiaro: riconvertire il settore sementiero tradizionale in biotecnologico (cioè OGM). Ma il dato impressionante è che ritroviamo gli stessi nomi nel settore dei pesticidi, dove le stesse aziende detengono il 55% del mercato, e soprattutto nel settore farmaceutico, dove le stesse multinazionali hanno una posizione dominante.

Multinazionali chimico-farmaceutiche (Big-Farma)

La storia delle multinazionali chimico-farmaceutiche è incredibile per il loro sviluppo vertiginoso, oggi saldatosi in maniera estremamente pericolosa con il mondo agro-alimentare:

L'industria chimico-farmaceutica nacque in Europa nella seconda metà dell'Ottocento: in molti casi si trattava dell'industria dei coloranti che, staccatasi dalla chimica di base si indirizzava verso quei nuovi e più promettenti settori della Chimica specializzata in settori chiave dell'economia.

Negli anni precedenti la Seconda Guerra Mondiale, si formò un cartello internazionale dei farmaci, con sede in Germania, che dominava le industrie chimiche e farmaceutiche di tutto il mondo. Esso aveva diffuso le sue attività in 93 paesi, in ognuno dei quali rappresentava una potente forza economica e politica. Era conosciuta come IG. Farben. Essa sarebbe divenuta il pilastro di sostegno della produzione chimica di Hitler durante gli anni della guerra, fornendo prodotti che comprendevano potenti esplosivi, gas tossici e l'ignominioso *Zyklon-B*, la sostanza mortale usata dai nazisti nei campi di sterminio. Tuttavia, prima della guerra, nel 1928, l'industriale monopolista americano John D. Rockefeller aveva stabilito una concentrazione industriale tra il suo impero internazionale con sede in America e la IG Farben, dando così origine al più grande e più potente cartello farmaceutico che il mondo avesse mai conosciuto.

Il Tribunale militare di Norimberga nel 1946/47 stabilì che la Seconda Guerra Mondiale non sarebbe stata possibile senza questo cartello petrolchimico chiamato *I.G. Farben*. In conseguenza della sentenza emessa dal tribunale, la *I.G. Farben* fu divisa in *Bayer*, *BASF* e *Hoechst* e alcuni dei suoi dirigenti furono condannati per aver iniziato una guerra contraria al diritto internazionale, genocidio, sfruttamento e saccheggio di proprietà pubblica e privata in paesi stranieri e altri crimini contro l'umanità.

La storia degli antefatti aziendali dietro la seconda guerra mondiale è documentata da un libro di Joseph Borkin "*The Crime and Punishment of IG Farben*" (*Delitto e castigo della I.G. Farben*). Dopo la guerra, la Germania, con i suoi tre giganti *Bayer*, *Hoechst*, *Basf* (che avevano favorito l'ascesa del nazionalsocialismo hitleriano) ebbe comunque un ruolo importante assieme anche alla Svizzera che, a Basilea, vide nascere e svilupparsi *Ciba*, *Sandoz*, *Roche*: tutte aziende che si sono poi affermate nel mondo.

Ma è negli anni Novanta che sono cominciate le grandi fusioni: nel Regno Unito, nel 1989 due grosse aziende farmaceutiche si fondono nella *Smith Kline-Beecham*: in seguito si fonderanno anche con la *American Home* (circa 25 miliardi di Euro di fatturato annuale).

Nel 1993 la svedese *Pharmacia* compra l'italiana *Farmitalia-Carlo Erba*, poi si fonde con l'americana *Upjon* nel 1995, e poi ancora con la *Monsanto*, prima di venir comprata dalla *Pfizer*, che in precedenza aveva acquistato l'americana *Parke Davis*.

Nel 1995 avviene la fusione *Glaxo- Wellcome* (circa 14 miliardi di Euro di fatturato annuale).

Nel 1998 la *Smith Kline - Beecham* (circa 62 miliardi di Euro di fatturato annuale) si fonde con *Glaxo-Wellcome* (circa 90 miliardi di fatturato annuale), per un capitale risultante di oltre 150 miliardi di Euro di fatturato annuale.

Nel frattempo, l'inglese *Imperial Chemical Industries* si è fusa con la svedese *Astra*, dando origine alla *Astra-Zeneca*.

Le fusioni sono continuate ad avvenire tra le stesse aziende farmaceutiche presenti sullo stesso tipo di mercato: *Sandoz e Ciba Geigy (Novartis, 1996), Astra- Zeneca (1998)*.

I bilanci risultano essere dell'ordine del Prodotto Interno Lordo (pil) di molti Stati occidentali. Questi colossi non nascono dall'esigenza dei pazienti, ma dall'esigenza di creare monopolio e quindi profitti sempre maggiori.

Ultimi dati:

giugno 2002: acquisto della *Aventis* da parte della *Bayer*; l'accordo ha così permesso alla *Bayer* di fare il proprio ingresso nel campo delle sementi OGM. La fusione ha portato alla creazione della *Bayer CropScience* che si compone ora di tre gruppi commerciali principali: *Crop Protection, Bio Science* ed *Environmental Science*.

Giugno 2005: acquisto della *Sementis* da parte della *Monsanto*.

Il Connubio

Si può pertanto affermare che i due cardini dell'economia e della vita di ciascun individuo, l'agricoltura e la farmaceutica, sono controllate in una situazione di sostanziale oligopolio da pochissimi gruppi multinazionali.

E' in base a questo fatto, che l'autore del presente lavoro ha esposto la Settima e Ottava Dichiarazione d'Intesa.

ALLEGATO 3:

tratto dal testo on-line *Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio*.

CONGRESSO SANA di Bologna, 13 Settembre 2008

La minaccia degli Organismi Geneticamente Modificati (OGM)

Il Cancro è una malattia degenerativa dovuta a carenze di vitamine e a intossicazione da sostanze chimiche presenti nei cibi.

Le vitamine e le sostanze pro-vitaminiche presenti nelle piante naturali di comune alimentazione umana possono essere stimate in numero superiore a 13.000-15.000 tipi.

L'introduzione nell'agricoltura moderna degli Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) è una ingiustificata e pericolosissima alterazione di ciò che l'Evoluzione ha prodotto nelle piante in centinaia di milioni di anni:

piante sulle quali si è basata la successiva evoluzione biochimica dei complessi organismi animali superiori, culminati con l'avvento dei Mammiferi negli ultimi 65 milioni di anni e quindi con la comparsa dell'Uomo;

Pertanto il delicato equilibrio biochimico della specie umana dipende dall'integrità delle specie vegetali così come l'Evoluzione le ha condotte fino a noi, poiché la Salute di ciascuno di noi è basata sulla Biochimica cellulare umana, e questa dipende, nella propria complessità genomica (DNA), dall'utilizzo di migliaia di vitamine presenti in Natura.

La pianta è anch'essa un organismo complesso, frutto dell'evoluzione biologica avvenuta in centinaia di milioni di anni:

ogni modificazione genetica provocata in essa dall'Uomo (con radiazioni come a Chernobyl, o con para-retro-virus come attualmente compiuto con gli OGM), produrrà comunque un danno, un danno irreparabile che spesso non potrà essere riconosciuto, poiché l'Uomo conosce con sicurezza soltanto poche decine di vitamine e di altre sostanze pro-vitaminiche.

Viceversa, le vitamine e le altre sostanze contenute nelle piante sono decine di migliaia, e sono queste le responsabili del corretto funzionamento della complessa biochimica umana e del genoma umano (DNA).

Oggi, per ottenere il vantaggio di una (supposta) maggiore produzione agricola, si ricorre al metodo di modificare il patrimonio genetico delle piante naturali, allo scopo di:

- 1) modificarne la struttura,
- 2) renderle sterili (per obbligare gli agricoltori a comprare nuovi semi ogni anno),
- 3) brevettarne la trasformazione indotta,
- 4) rivendere in tutto il mondo il prodotto così ottenuto.

In realtà non è mai stato dimostrato che le coltivazioni OGM producano maggiori quantità di prodotti, tutt'altro, come riportato dai lavori scientifici indipendenti dell'ISIS (vedi allegato 4 del libro gratuito on-line "*Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio*" -MAGGIO 2008-2011-

Si afferma inoltre che esista sostanziale equivalenza tra:

- 1) il prodotto geneticamente modificato (OGM)
- 2) e quello ottenuto con la selezione dei caratteri genetici (cioè tramite incrocio naturale di piante come da sempre fatto dall'umanità nel corso di migliaia di anni).

Da parte nostra si afferma invece che tale “*sostanziale equivalenza*” è assolutamente insostenibile, perché:

- 1) l'incrocio naturale di piante avviene con semi naturali della stessa specie, mentre la manipolazione genetica (OGM) avviene superando le barriere di specie vegetali, mediante introduzione di geni di altre specie vegetali, o addirittura di batteri, virus o animali.
- 2) Infatti la maggior parte dei geni usati dall'ingegneria genetica provengono da specie viventi che non hanno mai fatto parte dell'alimentazione umana e, addirittura, sono provenienti da DNA non appartenenti a piante ma ad animali, batteri o virus e/o retrovirus transgenici.

Si possono così ravvisare OTTO minacce immediate:

PRIMO: *Perdita dei complessi pro-vitaminici e vitaminici delle piante*

SECONDO: *mutazioni genetiche delle piante e conseguente alterazione della Biochimica umana*

TERZO: *fallimento della dieta-anti-cancro*

QUARTO: *malattie indotte da virus transgenici*

QUINTO: *intossicazione da veleni sintetizzati da piante transgeniche*

SESTO: *possibili carestie a livello mondiale a causa della tecnologia “TERMINATOR”*

SETTIMO: *modificazione transgenica di piante naturali*

OTTAVO: *scomparsa irreversibile del patrimonio genetico delle piante naturali*

PRIMO PUNTO DELLA MINACCIA OGM:

Perdita dei complessi pro-vitaminici e vitaminici delle piante

Gravissimo è infatti il deliberato tentativo di disattivare le sostanze naturali contenute nelle piante, allo scopo di rendere possibile il trasporto su lunghe distanze e per tempi molto lunghi, di frutta e verdura fresche, in realtà fortemente impoverite delle tante vitamine, la cui assenza permette così di evitare l'ossidazione di tali cibi.

Ma queste vitamine entrano in complessi meccanismi enzimatici nel DNA dei mammiferi, e inducenti il fenomeno di APOPTOSI (suicidio) in queste cellule di mammifero se ammalate da cause infettive o, soprattutto, di CANCRO o LEUCEMIA

Tale fenomeno di deliberato impoverimento vitaminico, a scopo di mero sfruttamento commerciale è un gravissimo atto di danno deliberato inflitto all'Ecosistema tramite gli O.G.M.

http://www.mednat.org/alimentazione/Nacci_Vitamins_in_GMO_Plants.pdf

Migliaia di vitamine, contenute in piante fresche, sono in grado di indurre fenomeni di attivazione delle difese immunitarie contro germi, virus o cellule tumorali, o addirittura di provocare fenomeni di apoptosi (suicidio cellulare o morte programmata) nelle stesse cellule tumorali.

Le quantità di vitamine necessarie per provocare, in laboratorio, l'apoptosi di una certa quantità di cellule tumorali, senza provocare alcun danno in cellule umane sane, è veramente minima.

In molti lavori, quasi tutti in PDF, tratti da **letteratura medico-scientifica** ufficiale (scaricabili dal capitolo 5 del libro on-line "*Mille Piante per guarire dal cancro senza Chemio* – MAGGIO 2008-2011) sono indicate le quantità di vitamine capaci d'indurre il fenomeno di APOPTOSI sulla specifica linea cellulare neoplastica considerata, quantità che viene espressa in: micro-Moli (cioè micro-moli /Litro, cioè nano-moli/ milliLitro, cioè pico-moli/micro-Litro).

Gravissima è infatti la scomparsa di molte di queste vitamine naturali anti-cancro (Antocianine, Flavonoidi, Polifenoli, sesquiterpene lattone Partenolide, penta-acetil Geniposide, Camelliina B, beta-Criptoxantina, Esperidina, Emodina, acido ursolico, Solfuro di allile, Eriodictioolo, protocatechine, Indoli, Isotiocianati, Resverarolo, Elemene, Acutiaporberina, Capsaicina, Wogonina, Fisetina, acido carnosico, Germanio sesquiossido, Epigallo-catechina gallato, Limonene, Axeroftolo palmitato, alfa e beta Carotene, acido trans-Retinoico, Tocoferoli, Cinaropicrina, Licopene, Proantocianidina, Damnacanthal, Baicalina, Baicaleina, acido idrocinnamico, sesquiterpenoidi come Atractilone, o come Atractilenolidi I, II, III, alcaloidi del Gelsemio, altri flavonoidi, Sinigrina, acido ferulico, acido ellagico, acido cumarinico ...) inducenti l'apoptosi (suicidio) dei tumori.

Nel capitolo 5 ("*Piante che fanno suicidare il cancro*") sono riportate molte vitamine e molte piante che inducono questo fenomeno di suicidio del cancro, con aggiunta dei dati di bibliografia scientifica su diverse modifiche apportate dalle Multinazionali OGM. Questa scomparsa può avvenire anche a causa di accidentale modificazione OGM delle piante: ad esempio, nel caso della *Pueraria species*, essa è ricca di Antocianine, che inducono apoptosi sui tumori, ma nel caso della *Pueraria-GMO* (modificata geneticamente in maniera accidentale), tale contenuto è gravemente ridotto del 40% (Joung JY.: *An overexpression of chalcone reductase of Pueraria montana var. lobata alters biosynthesis of anthocyanin and 5'-deoxyflavonoids in transgenic tobacco*, Biochem Biophys Res. Commun 2003, 303, pp.: 326-331

<http://www.mednat.org/alimentazione/PUERARIA.pdf>

Nel lavoro di Woitch e Romer (*Impact and interaction of lipophilic antioxidants in mutants and transgenic plants*, Journal of Plant Physiology, 162, 2005, págs: 1197-1209 http://www.mednat.org/alimentazione/Nacci_Vitamins_in_GMO_Plants.pdf) del 2005, viene inoltre dimostrato che fuori dai laboratori, nelle vere condizioni ambientali di stress climatico (sbalzo termico giorno-notte, vento, raggi ultravioletti solari, etc...) le piante OGM perdono le capacità di produrre vitamine anche se precedentemente create in laboratorio proprio a tale scopo. Il motivo di tali insuccessi riposa essenzialmente nella totale ignoranza della Scienza di fronte all'attivazione dei complessi meccanismi biochimici di riparazione che la pianta deve attuare in condizioni di stress ambientale di varia origine, a differenza invece delle piante naturali, evolute per circa 500 milioni di anni e caratterizzate quindi da una loro naturale e spontanea capacità di produrre decine e decine di vitamine (in gran parte ancora sconosciute) allo scopo di proteggersi dallo stress ambientale dalle radiazioni ultraviolette, dall'escursione termica giorno-notte, dalle infezioni virali, batteriche o da funghi, etc...

Gravissima è poi l'assenza dei semi dai frutti OGM. L'importanza dei semi come fattori anti-cancro risiede sostanzialmente nel fatto che essi contengono la famosa vitamina B17.

Ma è estremamente grave il fatto che le grandi aziende sementiere OGM stiano immettendo sul mercato agricolo mondiale gli stessi frutti privi però di semi, in particolare: *Cucumis melo*, *Citrus limonum*, *Citrullus vulgaris*, *Solanum lycopersicum*, *Vitis vinifera*.

SECONDO PUNTO DELLA MINACCIA OGM:

Mutazioni genetiche delle piante e conseguente alterazione della Biochimica umana

A causa dell'introduzione di geni estranei (es. di animali, batteri, virus, retrovirus) nel DNA della pianta, si verifica in essa l'alterazione della normale sequenza genomica, con la comparsa di nuove proteine e/o la perdita di altre proteine di sequenza genomica.

Di qui la comparsa di nuove sostanze simili alle vitamine naturali, ma in realtà con caratteristiche di reattività enzimatica e biochimica diverse da quelle naturali, con induzione pertanto di modifica della loro componente di attività biochimica sul genoma umano, una volta introdotte con l'alimentazione.

Di qui la comparsa potenziale di nuove malattie insorte "artificialmente" a causa di manipolazione genetica (OGM) di organismi vegetali, inquinati geneticamente da nuove molecole simil-vitaminiche dagli effetti induttivi sul DNA umano e sulla sua complessa biochimica del tutto sconosciuta, ma probabilmente foriera di gravi danni data l'estrema complessità e quindi vulnerabilità del DNA umano

Ad esempio, l'unico test a lungo termine (24 mesi), condotto da un gruppo italiano ha dimostrato che gli OGM possono modificare alcuni organi interni. La nutrizione di topi con il famoso mais *Roundup Ready* ha cambiato la struttura e il funzionamento delle cellule del fegato, del pancreas e dei testicoli. (Malatesta M.: *Fine structural analyses of pancreatic acinar cell nuclei from mice fed on GM soybean*. Eur. J. Histochem., 47:385-388, 2003; <http://www.mednat.org/alimentazione/Malatesta.pdf>).

Un secondo lavoro riportato è quello di Pusztai: egli scoprì che i topi nutriti con patate transgeniche mostravano segni di danni agli organi, ispessimento dell'intestino tenue e scarso sviluppo cerebrale. Le patate erano state geneticamente modificate per contenere lectina, per rendere le piante resistenti ai pesticidi. (Pusztai: *Effect of diets containing genetically modified potatoes expressing Galanthus nivalis lectin on rat small intestine*, The Lancet Vol. 354, October 16, 1999) (<http://www.mednat.org/alimentazione/Pusztai.pdf>).

Un terzo lavoro è quello di Prescott sui Piselli-OGM (Prescott: *Transgenic expression of bean-amylase inhibitor in peas results in altered structure and immunogenicity*, J. Agric. Food Chem., 53, (23), pp.: 9023-9030, 2005 <http://www.mednat.org/alimentazione/Prescott.pdf>).

Un quarto lavoro è quello fatto in Russia dalla dott.ssa Ermakova dott.ssa Irina Ermakova, *Institute of Higher Nervous Activity and Neurophysiology* della *Russian Academy of Sciences* (RAS).-Mosca <http://eco-irina-ermakova.narod.ru/eng/index.htm> .

TERZO PUNTO DELLA MINACCIA OGM:

Fallimento della dieta-anti-cancro

Come già dimostrato da Gerson, sia da altri medici, moltissime sostanze contenute solo in frutta e verdura cruda e biologica sono in grado d'indurre CASCATA IMMUNITARIA contro il tumore, detossificazione e il particolare fenomeno dell'apoptosi (suicidio) delle cellule malate, senza quindi necessità di laboriose e costosissime ricerche.

Così, nella Dieta anti-cancro del dott. Gerson applicata a 153 pazienti sofferenti del caso del peggior cancro conosciuto (Melanoma) si giungeva, dopo 5 anni di Dieta-Gerson, a percentuali di guarigione variabili da: 70-90% (se tumore ancora localizzato) a percentuali di guarigione del 40-70% (se tumore già metastatizzato), purchè in pazienti non sottoposti precedentemente a Chemio-Terapia.

Hildebrand, G.L.: *Five years survival rates of melanoma patients treated by diet therapy after the manner of Gerson: a retrospective review*, in *Alternative Therapies*, vol.1[4], september1995, pp.29-37).

VEDI anche "TERAPIA METABOLICA" capitolo 17 del libro on-line "*Mille Piante per guarire dal cancro senza Chemio* – MAGGIO 2008-2011

Viceversa, con la Chemio-Terapia, la percentuale di guarigione da Melanoma a 5 anni è del 6% , valore che secondo altre fonti è invece dello zero per cento,

Morgan G.: *The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies*, *Clinical Oncol.*, 2004, 16, pp.: 549-560 <http://www.mednat.org/cancro/MORGAN.PDF>

Una sopravvivenza dello ZERO % che, in questo studio australiano di MORGAN, eseguito su oltre 270.000 pazienti sottoposti a CHEMIO, è confermato anche nel caso di: cancro del pancreas, sarcoma, cancro dell'utero, cancro della prostata, cancro della vescica, cancro del rene, mieloma multiplo;

Tale percentuale sale poi all'1% nel caso di: cancro dello stomaco e del colon,
Sale al 2% circa nel caso della mammella e del polmone,
Sale al 3-5% nel caso del cancro del retto,
Sale al 4-5% nel caso dei tumori al cervello,
Sale al 5% nel caso del cancro dell'esofago,
Sale al 9% nel caso del cancro dell'ovaio,
Sale al 10% nel caso del linfoma NON Hodgkin,
Sale al 12% nel caso del cancro della cervice uterina,
Sale al 40% circa nel caso del seminoma del testicolo e del Linfoma di Hodgkin.

La chiave di spiegazione di tale efficacia curativa di queste particolari diete vegetariane risiede nel fatto di: non assimilare mai cibi contenenti tutti i potenziali fattori di crescita cellulare...

in particolare EVITARE l'assimilazione contemporanea (1-3 ore) di TUTTI e 9 gli aminoacidi essenziali (Valina, Isoleucina, Leucina, Lisina, Metionina, Istidina, Triptofano, Fenilalanina, Treonina), perché solo con essi le cellule del cancro possono costruire PROTEINE, cioè altre cellule malate.

Bisogna anche evitare l'assimilazione di: **acidi nucleici, vitamina B12, acido folico** (perché determinano la replicazione del DNA della cellula del cancro).

Una volta, ...prima dell'ERA dei cibi OGM, questa regola era semplicissima da mettere in pratica: i cibi che contenevano tutto ciò erano unicamente i cibi di origine animale (carne, pesce, uova, lievito, latte, formaggio, burro...) che sia Gerson, sia altri Autori (compresa anche la medicina cinese e indiana) proibivano di assumere per almeno 1 anno.

Risultava così vincente la sola alimentazione vegetariana, cioè a base di sola frutta e di verdura, compresi i cereali e i legumi.

Questi ultimi cibi (cereali e i legumi) sono però ricchi di AMINOACIDI ESSENZIALI, e ciò può stupire che venissero comunque impiegati nella terapia del Cancro da molte altre scuole di medicina naturale occidentale, indiana e cinese.

Il successo di queste terapie così lontane fra loro come TEORIA, ma così simili come efficacia pratica contro il CANCRO, potrebbe essere spiegato dalla moderna BIOCHIMICA, in base al fatto che:

*NESSUN CEREALE e NESSUN LEGUME
conteneva da solo TUTTI e 9 gli Aminoacidi Essenziali.*

Questi alimenti però, se uniti insieme nello stesso pasto, determinano l'assimilazione di tutti e 9 gli Aminoacidi Essenziali.

E il corpo umano può così sintetizzare PROTEINE, e costruire quindi cellule (...del cancro).

Confrontando queste vecchie terapie, quindi, emerge il DIVIETO ASSOLUTO di mangiare assieme CEREALI + LEGUMI, cioè Pasta (o Polenta, o Pane [anche se azimo] o Riso) + Legumi, poiché, con la moderna BIOCHIMICA, oggi sappiamo che si provoca l'integrazione dei nove Aminoacidi Essenziali

(solo 8 contenuti nei cereali, ma quello mancante [Lisina] è nei legumi)

(solo 8 contenuti nei legumi, ma quello mancante [Metionina] è nei cereali),

con effetto nutrizionale, quindi, simile a quello ottenuto dalla Carne

(in fondo, una volta, un piatto di Pasta (cereale) e Fagioli (legume) era anche chiamato*la carne dei poveri*....)

Oggi, però, tramite l'introduzione in commercio di cereali, legumi e altri vegetali modificati geneticamente (O.G.M.) in molti di questi alimenti sono contenuti TUTTI gli Aminoacidi Essenziali (Day P.R.: *Genetic modification of plants: significant issues and hurdles success*, Am.J.Clin.Nutr., 63(4), pp.: 651S-656S, 1996 <http://www.mednat.org/alimentazione/DAY.pdf>) rendendo in tal modo effettivamente NON più curabile il Cancro secondo quanto descritto in questo lavoro, nella terapia Gerson, e da molti altri autori.

QUARTO PUNTO DELLA MINACCIA OGM:

Malattie indotte da virus transgenici

I virus transgenici con cui oggi si fanno gli Organismi Geneticamente Modificati (O.G.M.) entrano nel DNA della pianta, modificandola in maniera a noi sconosciuta.

Questi virus dovrebbero restare latenti, ma nulla può escludere che possano anche riattivarsi in maniera analoga ai ben noti virus tumorali a RNA (Oncornavirus) o come i virus tumorali a DNA (entrambi induttori di leucemie, sarcomi, carcinomi, gliomi...).

Questi virus possono anche essere portatori di malattie nuove o di malattie abbastanza simili a ben note sindromi purtroppo ancora poco comprese nella loro dinamica (AIDS, Mucca Pazza, etc...), e di cui è ancora molto vaga l'origine (forse virus transgenici ?).

In merito a virus impiegati per costruire O.G.M. vi è un'ampia bibliografia.

(SEE chapter 8 of the E-Book “*Thousand Plants against Cancer without Chemo-Therapy*”
http://www.thenhf.com/about_us.html ; http://www.mednat.org/cancro/nacci_english.pdf) :

E' ben noto che il CaMV (*Cauliflower Mosaic Virus*) è usato oggi per guidare la replicazione di *retrovirus* introdotti delle piante dalle Multinazionali OGM per modificare il DNA delle piante (piante OGM).

Questo virus è attivo sia nelle piante definite “*Angiosperme*” che nelle piante definite “*Gimnosperme*”, cioè in pratica in tutte le piante.

L'utilizzo di questo particolare virus dalle Multinazionali OGM per modificare geneticamente le piante è dovuto ai suoi particolari *promoters* (“motori” di attivazione genetica) contenuti in esso. Il CaMV ha due di questi *promoters*: il **19S** e il **35S**.

Di questi due, il **35S** è il *promoter* più usato dalle Multinazionali.

Il *promoter* **35S** è una sequenza di DNA di circa 400 basi (unità di sequenza genica, caratterizzata da 4 diverse molecole: Adenina, Citosina, Guanina o Timina).

Il *promoter* CaMV è il preferito fra tutti i *promoters* impiegati dalle Multinazionali OGM per modificare le piante, perché non è influenzato dalle diverse condizioni dei tipi di tessuto cellulare vegetale, e dove ha così modo di agire.

Purtroppo, esso è in grado di penetrare e di replicarsi anche nelle cellule degli animali, comprese quelle dei mammiferi e anche quelle *umane*, come ben dimostrato dal lavoro di Vlasak, del 2003
Vlasak J.: *Comparison of hCMV immediate early and CaMV 35S promoters in both plant and human cells*, Journal of Biotechnology No. 103, pp.: 197-202, 2003)
<http://www.mednat.org/alimentazione/vlasak.pdf>

Questi para-retrovirus artificiali, così creati e così impiegati dalle Multinazionali per modificare il DNA delle piante, sono simili ai *retrovirus* già presenti in natura come: il *retrovirus* HIV dell'AIDS, quello della LEUCEMIA UMANA, o quello dell'Epatite B umana

(Bonneville: *Retrovirus, Viroids and RNA recombination*, RNA Genetics, Vol. 11, pp: 23-42, 1988). <http://www.mednat.org/alimentazione/boneville.pdf>

Si sa infatti, sempre dalla letteratura scientifica, che il CaMV è strettamente correlato al virus dell'Epatite B umana e a quello dell'AIDS (Doolittle: *Quart.Rev.Biol.* 64, 2, 1989); (Xiong and Eickbush, *Origin and evolution of retroelements based upon their reverse transcriptase sequences* EMBO Journal 9, pp. 3353, 1990
<http://www.mednat.org/alimentazione/EMBO%20JOURNAL%201990.pdf>)

Il grande e rischioso azzardo dell'utilizzo del CaMV in piante da utilizzo per l'alimentazione animale e/o umana è caratterizzato dalla RICOMBINAZIONE GENETICA dei cromosomi (DNA) delle piante, ma questo determina la possibile ricombinazione dello stesso promoter 35S anche con il DNA dell'animale o della persona che ha ingerito il frutto, la verdura, la pasta o la soia OGM e contenenti appunto tali *para-retrovirus artificiali*.

I virus possono anche incorporare, nella RICOMBINAZIONE GENETICA, dei geni cellulari presenti nella pianta o nell'animale che si è nutrito precedentemente di tale pianta OGM, per passare poi all'uomo (che si era nutrito dell'animale), con effetti genetici assolutamente sconosciuti.

Una delle conseguenze più probabili è l'insorgenza di **cancri** e di **leucemie**.
Un'altra conseguenza è quella delle **modificazioni genetiche sulla discendenza**.

In entrambi i casi, il sistema del DNA "salterebbe" in maniera analoga all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

A differenza però delle radiazioni ionizzanti, vi sarebbe anche la minaccia dell'insorgenza di nuove malattie infettive.

NUOVE MALATTIE INFETTIVE: è stato dimostrato che i geni del CaMV incorporati nei cromosomi di piante (Canola) si ricombinano con virus infettivi per produrre malattie virali molto più virulente.

Tale modello sperimentale sulla questione della sicurezza delle piante transgeniche contenenti geni virali transgenici come il CaMV è riportato da GAL, in un lavoro del 1992
Gal S.: *Agroinfection of transgenic plants leads to viable Cauliflower Mosaic Virus by intermolecular recombination*, *Virology*, No.187, pp.: 525-533, 1992
<http://www.mednat.org/alimentazione/Gal.pdf>

Sulla ricombinazione tra CaMV e vari virus coinvolgenti il promoter vedi anche il lavoro del 1990 di Vaden (Ray Vaden: *Recombination sites in Cauliflower Mosaic Virus DNAs; implications for Mechanisms of recombination*, *Virology*, No.177, pp: 717-726, 1990).
<http://www.mednat.org/alimentazione/Ray%20Vaden%20.pdf>

Altri studi scientifici hanno dimostrato che questi *retrovirus* possono scambiare fra loro catene di DNA con altro DNA ed RNA con altro RNA, creando nuove infezioni virali (Mol.Plant-Microbe Interactions 5, 48, 1992).

Esperimenti simili suggeriscono che le alterazioni delle piante possono provocare malattie mortali come riportato nel lavoro di Greene del 1994
Greene A.e.: *Recombination between viral RNA and transgenic plant transcripts*, *Science*, Vol. 263, 11 March 1994 <http://www.mednat.org/alimentazione/Greene.pdf>

Pericolosissime catene di DNA virale prodotte da normali virus a RNA sono così frequentemente propagati nell'ambiente vegetale (piante OGM) usando CaMV 35S *promoter* per guidare la produzione di virus ad RNA che altrimenti non potrebbero propagarsi nel DNA delle piante. Ma da qui possono anche passare nel DNA di animali (compreso l'uomo) o in quello di batteri e/o virus.

Boyer J.C.: *Infectious transcripts and cDNA clones of RNA Viruses*, Virology, No. 198, pp.: 415-426, 1994 <http://www.mednat.org/alimentazione/Boyer.pdf>

In conclusione: il CaMV *promoter* si ricombina con i virus infettivi per produrre nuove malattie virulenti (es: virus dell'influenza umana + influenza del maiale + influenza dei polli...).

Il CaMV virus e i suoi *promoters* **19S** e **35S** possono incorporare geni del DNA della pianta-ospite, dell'animale-ospite, o di un batterio-ospite, o di un altro virus (purchè a DNA), creando nuove malattie virulente.

In quest'ultimo caso (virus a DNA), il CaMV si può ricombinare con i virus a DNA degli insetti, e propagarsi così nelle cellule degli insetti (Zuidema D.: J.Gen.Vir. 71, pp.312, 1990).

<http://www.mednat.org/alimentazione/zuidema.pdf>

E' così plausibile che una larga parte della popolazione umana, consumando pomodori modificati geneticamente con il CaMV (ricombinato ad esempio con virus dell'Epatite umana B), possa creare un SUPER-VIRUS capace di propagarsi così nelle piante ad uso alimentare, negli insetti (es.: zanzare) e quindi da essi arrivare all'uomo.

Allison R.F.: *Recombination in plants expressing viral transgenes*, Seminars in Virology, Vol. 7, pp.: 417-422, 1996 <http://www.mednat.org/alimentazione/Allison.pdf>

Wintermantel W.M.: *Isolation of recombinant viruses between Cauliflower Mosaic Virus and a viral gene in transgenic plants under conditions of moderate selection pressure*, Virology, No. 223, pp.: 156-164, 1996 <http://www.mednat.org/alimentazione/Wintermantel.pdf>

Latham J.: *GM Gene Flow (B): Horizontal gene transfer of viral inserts from GM plants to viruses*, Technical paper, February 2004

J.T.Dessens: *Cauliflower mosaic virus 35S promoter-controlled DNA copies of cowpea mosaic virus RNAs are infectious on plants*, Journal of General Virology, No.74, pp.: 889-892, 1993 <http://www.mednat.org/alimentazione/dessens.pdf>

Mae Wan Ho: *CaMV 35S Promoter fragmentation hotspot confirmed, and it is active in animals*, Microbial Ecology in Health and Disease 2000, 12, pp: 189 <http://www.mednat.org/alimentazione/MaeWanHo.pdf>

Mae Wan Ho: *Cauliflower Mosaic Viral Promoter – a recipe for disaster*, Microbial Ecology in Health and Disease 1999, 11, pp: 194-197 <http://www.mednat.org/alimentazione/MaeWanHo.pdf>

Esistono retro-virus naturali che negli animali o nell'uomo provocano la Leucemia, i Linfomi, i Sarcomi o il cancro della Mammella (VEDI allegato 5 del libro on-line "Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio"-MAGGIO 2008-2011)

Essi sono molto pericolosi, e una ricombinazione casuale con il **promoter 35S** del *Cauliflower Mosaic Virus* dev'essere considerata come altamente probabile, una volta introdotte le piante OGM nell'alimentazione animale e/o umana

Ricerca di Retro-virus OGM nei tumori umani

Si ritiene necessaria la ricerca in pazienti malati di tumore della verifica di eventuale ibridazione tra RNA polisomiale (di sospetta origine virale OGM, da Oncorna-virus modificato per produrre piante OGM ad uso alimentare) ottenuto da tumori umani di pazienti alimentatisi con cibo OGM, e DNA sintetizzato in laboratorio per trascrittasi inversa dagli stessi Oncorna-virus modificati per produrre OGM.

Nota: tutto ciò richiede però l'accesso ad informazioni riservate, forse coperte da brevetto, in merito ai modelli di retrovirus impiegati dalle multinazionali OGM, e alle modifiche apportate loro dalle stesse aziende prima della immissione in commercio delle stesse piante OGM.

Molto più difficile rintracciare virus tumorigeni a DNA impiegati dalle multinazionali OGM per modificare il DNA delle piante ad uso alimentare, poiché questi virus (Pox-virus, Herpes-virus, Papova-virus, Adeno-virus), a differenza degli Oncorna-virus, non sono rilevabili nel siero o nelle urine del paziente.

E' però dimostrato che nel citoplasma di cellule tumorali di mammifero infettate e modificate da questi virus a DNA permane una piccola frazione, altamente specifica, di RNA messaggero, che non si trova né in cellule normali, né in cellule tumorali infettate da altri tipi di virus oncogenici a DNA.

Si tratta quindi di verificare l'eventuale ibridazione tra questo RNA messaggero (di sospetta origine virale OGM, cioè da virus a DNA modificato per produrre piante OGM ad uso alimentare) ottenuto dal citoplasma di cellule tumorali di pazienti alimentatisi con cibo OGM, e DNA sintetizzato in laboratorio dagli stessi virus a DNA modificati per produrre OGM.

Anche qui si richiede però l'accesso ad informazioni riservate, forse coperte da brevetto, in merito ai modelli di virus a DNA impiegati dalle multinazionali OGM, e alle modifiche apportate loro dalle stesse aziende prima della immissione in commercio delle stesse piante OGM.

Un'ibridazione positiva, rivelata dalla formazione di DNA ibrido radioattivo (³²P) indica la presenza di sequenze di DNA virale nelle cellule trasformate (Green, *Perspect Biol. Med.*, 1978).

La copertura di informazioni

Le Multinazionali stanno invadendo il mondo con Ogm "segretati", ovvero di cui non si conosce la modifica apportata in quanto coperta da segreto industriale. Ciò significa che, non avendo a disposizione l'informazione di base, non possiamo neanche allestire dei metodi di analisi e controllo.

La cosa è estremamente grave in quanto tali OGM sono prodotti in USA ed altri paesi dove non vengono separate le filiere OGM free e le esportazioni possono risultare contaminate.

Cosa fare?

Innanzitutto chiedere informazioni all'Ist. Superiore di Sanità, all'Ist. Zooprofilattico di Roma, al Ministero dell'Agricoltura e alla Commissione Europea ed attivare un'interrogazione e un'indagine Parlamentare.

La Commissione Europea sollecita però l'autorizzazione a scopo alimentare di tali OGM in Europa, minacciando altrimenti una chiusura completa delle importazioni dagli USA...

come dire, visto che gli OGM ce li mandano di nascosto, approviamoli... così forse potremmo controllarli...

Ma è molto probabile che un'azione politica forte, in virtù del principio di precauzione del trattato di Maastricht, possa far saltare la Brevettabilità degli OGM ed ogni forma di "segreto" industriale sulle manipolazioni genetiche.

Anche perchè tali "segreti" potrebbero interessare oltre che gli alimenti importati, anche le sementi... avviando una contaminazione irreversibile e indiscriminata dell'agricoltura europea.

QUINTO PUNTO DELLA MINACCIA OGM:

Intossicazione da veleni sintetizzati da piante transgeniche

Intossicazione cronica di cibi a causa di sostanze tossiche insetticide contenute nelle piante per renderle resistenti ai parassiti come il *Bacillus thuringiensis*, con conseguente possibile incremento di Cancro, Aborti spontanei, Mutazioni genetiche sulla discendenza, Sindromi da Immunodeficienze acquisite, malattie degenerative e da sostanze tossiche, etc....

Ad esempio, è stato dimostrato che il Mais OGM provoca lesioni alla cavità orale di pecore e di ruminanti.

Questo Studio, del 2003, dimostrò che il consumo di OGM danneggia la parete della cavità orale ed è associato con le morti inspiegabili di animali da esperimento: pecore e ruminanti .

Duggan et al, *Fate of genetically modified maize DNA in the oral cavity and rumen of sheep*, British Journal of Nutrition, 89(2): 159-166, 2003

http://www.mednat.org/alimentazione/Duggan_GMO_Mais.pdf

SESTO PUNTO DELLA MINACCIA OGM:

Pericolo di carestie a livello mondiale a causa della tecnologia “TERMINATOR”

Passaggio a specie “indigene” naturali di grano, riso, mais, patate, legumi, della incapacità da parte delle piante stesse di riprodursi normalmente a causa della tecnologia “TERMINATOR”, provocata da impollinazione incrociata, con perdita irreversibile anche per le piante naturali ad uso alimentare, oggi impiegate nell'alimentazione umana, poiché queste ultime saranno state inquinate dai geni transgenici provenienti dalle zone agricole a coltura transgenica (OGM) di tipo “TERMINATOR”. Di qui la potenziale minaccia di future carestie a livello globale, di tipo incontrollato, non essendo più disponibili nel mondo quantità sufficienti di grano, riso, mais, legumi, di tipo “naturale”, o comunque NON-TERMINATOR.

SETTIMO PUNTO DELLA MINACCIA OGM:

Modificazione transgenica di piante naturali

Passaggio a specie “indigene” naturali delle sostanze tossiche artificiali, come ad esempio il “*Bacillus thuringiensis*” o di altro tipo, tramite impollinazione incrociata, con potenziale minaccia anche per le piante e le erbe mediche oggi impiegate in Fito-Terapia poiché queste ultime saranno inquinate dai geni transgenici provenienti dalle zone agricole a coltura transgenica (OGM).

OTTAVO PUNTO DELLA MINACCIA OGM:

Scomparsa irreversibile del patrimonio genetico delle piante naturali

Graduale ed irreversibile scomparsa delle diversità biologiche, cioè della normale flora naturale: fenomeno che si sta già evidenziando in U.S.A. a causa delle moderne pratiche di coltivazione che enfatizzano la monocoltura transgenica (OGM) rispetto ai metodi di coltivazione differenziati. Le coltivazioni transgeniche arrecheranno infatti una gravissima minaccia alle zone ricche di biodiversità (genomi naturali): il flusso transgenico che andrà dalle piante modificate alle piante naturali sarà inevitabile quando il rapporto numerico fra aree coltivate con piante artificiali supererà le superfici delle piante naturali, determinando così la perdita irreversibile di gran parte del patrimonio genetico naturale di tutte le piante esistenti al mondo, attualmente pari a circa 442.000 specie già classificate, su un totale stimato di circa 600.000-800.000 specie.

In sostanza:

Numerose piante sono già scomparse nel corso di questi ultimi anni perché gli agricoltori hanno abbandonato le piante naturali, per adottare invece varietà di piante artificiali, cioè geneticamente modificate, poiché rese uniformi nel proprio genoma, ad alto rendimento di produzione (ma povere di vitamine), intrinsecamente malate (poiché incapaci di sopravvivere in assenza di pesticidi), rese sterili per ragioni di mercato, e infine manipolate geneticamente per essere rese resistenti agli insetti e ad altri animali poiché capaci di produrre esse stesse dei veleni, cioè delle sostanze tossiche che verranno infine mangiate dagli animali di allevamento e dall'uomo stesso.

Persino nelle foreste la varietà genetica è oggi minacciata dalle perdite di habitat, non solo da pratiche di deforestazione scorrette, ma persino dalla contaminazione del patrimonio genetico adattatosi a situazioni locali da parte di ibridi creati dalle grandi ditte sementiere produttrici degli OGM.

I prodotti transgenici rappresentano quindi, proprio per come sono concepiti, una formidabile spinta per accentuare le caratteristiche di unilateralità delle monoculture, e quindi di scomparsa del patrimonio genetico naturale esistente da centinaia di milioni di anni.

Non avremo quindi più, nel futuro più o meno prossimo, tutte quelle varietà di piante (alimentari e non) caratteristiche di ogni particolare regione nazionale o locale.

La contaminazione genetica ambientale indotta da parte di ibridi creati dalle grandi ditte sementiere degli OGM, che inevitabilmente s'incroceranno con le varietà presenti in natura, porterà ad una perdita del patrimonio genetico naturale (non recuperabile in alcun modo), di tutte quelle particolari caratteristiche che sono entrate nel genoma delle piante nel corso dei lunghi processi di adattamento alle varie situazioni ambientali.

Tale perdita è oggi gravissima persino per gli ambienti naturali come le foreste. Sostanzialmente, la base stessa della Biochimica umana è oggi minacciata nella sua più intima essenza (DNA umano) dall'impiego sconsiderato di queste piante artificiali, senza alcuna possibilità di recuperare un patrimonio genetico di oltre 440.000 specie di piante classificate (su un totale 600.000- 800.000 stimate), di cui una buona parte scompariranno nel giro di poche centinaia di anni, minate alla base dai danni genetici introdotti dall'Uomo.

Multinazionali agro-alimentari (Biotech, OGM)

Da alcuni anni si sta verificando la nascita di multinazionali che si definiscono "*multinazionali di scienze della vita*" attive sul mercato farmaceutico, dell'agro business (sementiero e pesticidi) e veterinario.

Sono settori tra loro diversi, ma che sono legati insieme dall'utilizzo delle biotecnologie (OGM) per la realizzazione dei loro prodotti.

Queste multinazionali stanno utilizzando delle strategie economiche molto spregiudicate ed aggressive: dai primi anni '90 stanno operando per acquistare aziende anche di grande dimensioni. Una di queste, la *Monsanto*, ha acquisito nel termine di pochi anni *Asgrov*, *Agracetus*, *De Calb*, *Cargill*, con un investimento di 10 miliardi di Euro attuali.

La *Dupont*, altro grande gruppo, ha acquistato la *Pioneer* con un investimento di circa 8 miliardi di Euro attuali.

Questi investimenti sembrano avere una logica anti-economica: esse pagano le aziende che rilevano molto più del loro reale valore, come se cercassero di eliminare un potenziale concorrente piuttosto che ottenere un risultato economico a breve termine.

Accanto alle acquisizioni abbiamo anche le fusioni: *Ciba Geigy* e *Sandoz* creano *Novartis* (fatturato di 20 miliardi di Euro attuali nel 1997-98).

Dalla fusione della francese *Rhone Poulenc* e della tedesca *Hoechst* nasce *Aventis*.

È sempre in questo contesto che nasce, nell'ottobre 2000, il primo gruppo mondiale di agrochimica, *Syngenta*, - risultato della fusione della svizzera *Novartis* (Azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia) con l'anglo-svedese *Astra-Zeneca* (anch'essa azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia) che realizzerà un giro d'affari di circa otto miliardi di euro. *Monsanto*, dopo la fusione con *Pharmacia & Upjohn*, una grande ditta farmaceutica (anch'essa azienda ben nota come produttrice di farmaci per Chemioterapia), si occupa ormai solo di agricoltura, con un giro d'affari che nel 2000 ha raggiunto i 5,5 miliardi di dollari.

La situazione attuale è la seguente: pochissime multinazionali (*Syngenta*, *Monsanto*, *Novartis*, *Dupont*, *Aventis*) detengono il 25-30% del mercato sementiero (ma oltre il 90% del mercato delle sementi transgeniche) e dietro questi grandi gruppi si nota una tale polverizzazione da indurre a pensare che questo andamento non potrà che rafforzarsi in futuro non potendo delle aziende di medie dimensioni contrastare la concorrenza di grandi gruppi economici, e l'obiettivo sembra chiaro: riconvertire il settore sementiero tradizionale in biotecnologico (cioè OGM). Ma il dato impressionante è che ritroviamo gli stessi nomi nel settore dei pesticidi, dove le stesse aziende detengono il 55% del mercato, e soprattutto nel settore farmaceutico, dove le *stesse* multinazionali hanno una posizione dominante.

Multinazionali chimico-farmaceutiche (Big-Pharma)

La storia delle multinazionali chimico-farmaceutiche è incredibile per il loro sviluppo vertiginoso, oggi saldatosi in maniera estremamente pericolosa con il mondo agro-alimentare:

L'industria chimico-farmaceutica nacque in Europa nella seconda metà dell'Ottocento: in molti casi si trattava dell'industria dei coloranti che, staccatasi dalla chimica di base si indirizzava verso quei nuovi e più promettenti settori della Chimica specializzata in settori chiave dell'economia.

Negli anni precedenti la Seconda Guerra Mondiale, si formò un cartello internazionale dei farmaci, con sede in Germania, che dominava le industrie chimiche e farmaceutiche di tutto il mondo. Esso aveva diffuso le sue attività in 93 paesi, in ognuno dei quali rappresentava una potente forza economica e politica. Era conosciuta come IG. Farben.

Essa sarebbe divenuta il pilastro di sostegno della produzione chimica di Hitler durante gli anni della guerra, fornendo prodotti che comprendevano potenti esplosivi, gas tossici e l'ignominioso *Zyklon-B*, la sostanza mortale usata dai nazisti nei campi di sterminio.

Tuttavia, prima della guerra, nel 1928, l'industriale monopolista americano John D. Rockefeller aveva stabilito una concentrazione industriale tra il suo impero internazionale con sede in America e la IG Farben, dando così origine al più grande e più potente cartello farmaceutico che il mondo avesse mai conosciuto.

Il Tribunale militare di Norimberga nel 1946/47 stabilì che la Seconda Guerra Mondiale non sarebbe stata possibile senza questo cartello petrolchimico chiamato *I.G. Farben*.

In conseguenza della sentenza emessa dal tribunale, la *I.G. Farben* fu divisa in *Bayer*, *BASF* e *Hoechst* e alcuni dei suoi dirigenti furono condannati per aver iniziato una guerra contraria al diritto internazionale, genocidio, sfruttamento e saccheggio di proprietà pubblica e privata in paesi stranieri e altri crimini contro l'umanità.

La storia degli antefatti aziendali dietro la seconda guerra mondiale è documentata da un libro di Joseph Borkin "*The Crime and Punishment of IG Farben*" (*Delitto e castigo della I.G. Farben*).

Dopo la guerra, la Germania, con i suoi tre giganti *Bayer*, *Hoechst*, *BASF* ebbe comunque un ruolo importante assieme anche alla Svizzera che, a Basilea, vide nascere e svilupparsi *Ciba*, *Sandoz*, *Roche*: tutte aziende che si sono poi affermate nel mondo.

Ma è negli anni Novanta che sono cominciate le grandi fusioni: nel Regno Unito, nel 1989 due grosse aziende farmaceutiche si fondono nella *Smith Kline-Beecham*: in seguito si fonderanno anche con la *American Home* (circa 25 miliardi di Euro di fatturato annuale).

Nel 1993 la svedese *Pharmacia* compra l'italiana *Farmitalia-Carlo Erba*, poi si fonde con l'americana *Upjon* nel 1995, e poi ancora con la *Monsanto*, prima di venir comprata dalla *Pfizer*, che in precedenza aveva acquistato l'americana *Parke Davis*.

Nel 1995 avviene la fusione *Glaxo- Wellcome* (circa 14 miliardi di Euro di fatturato annuale).

Nel 1998 la *Smith Kline - Beecham* (circa 62 miliardi di Euro di fatturato annuale) si fonde con *Glaxo-Wellcome*, per un capitale risultante di oltre 90 miliardi di Euro di fatturato annuale.

Nel frattempo, l'inglese *Imperial Chemical Industries* si è fusa con la svedese *Astra*, dando origine alla *Astra-Zeneca*.

Le fusioni sono continuate ad avvenire tra le stesse aziende farmaceutiche presenti sullo stesso tipo di mercato: *Sandoz* e *Ciba Geigy* (*Novartis*, 1996), *Astra- Zeneca* (1998).

Questi colossi non nascono dall'esigenza dei pazienti, ma dall'esigenza di creare monopolio e quindi profitti sempre maggiori.

Ultimi dati:

Giugno 2002: acquisto della *Aventis* da parte della *Bayer*; l'accordo ha così permesso alla *Bayer* di fare il proprio ingresso nel campo delle sementi OGM. La fusione ha portato alla creazione della *Bayer CropScience* che si compone ora di tre gruppi commerciali principali: *Crop Protection*, *Bio Science* ed *Environmental Science*.

Giugno 2005: acquisto della *Sementis* da parte della *Monsanto*.

Il Connubio

Si può pertanto affermare che i due cardini dell'economia e della vita di ciascun individuo, l'agricoltura e la farmaceutica, sono controllate in una situazione di sostanziale oligopolio da pochissimi gruppi multinazionali.

CONCLUSIONE

Siamo di fronte al bivio fra l'accettazione delle modifiche bio-chimiche delle piante, con danni immensi alla salute dell'Umanità, oppure la ferma presa di posizione delle Istituzioni democratiche della nostra società contro le Multinazionali OGM e Chemio-farmaceutiche che, nel loro connubio, stanno dietro all'invasione irresponsabile del mondo tramite OGM.

La soluzione è semplice, ma abbiamo solo 4 mesi di tempo per fermare gli OGM da quella che giustamente il Prof. Altieri ha definito un evento **IRREVERSIBILE**:

- 1) Divieto assoluto di permettere la coltivazione di piante OGM
- 2) Divieto assoluto di sperimentazione nei campi (pericolo di trasferimento genico orizzontale)
- 3) Rivalutazione dell'Agricoltura Biologica (ha inoltre una resa maggiore).
- 4) Difesa della bio-diversità, in particolare con ripristino della libertà di scambio dei semi contadini.

Se tutto ciò non avverrà, bisognerà allora pensare ad una **SECONDA NORIMBERGA...**

ALLEGATO 4: dal testo on-line *Primo Maggio 2011. La Lunga Notte . Cap.6*).

Capitolo Sesto: la Sconfitta

La pioggia radioattiva di Fukushima aveva finalmente smesso di battere sui vetri della finestra della mia vecchia cucina, ma il dosimetro canadese PDA-2, numero di matricola 89137, non lo avrebbe più saputo: il vecchio cuore dell'Analizzatore Dati se n'era ormai andato, e la sua piccola lucetta rossa, che in quella lunghissima notte di dolore si era fatta sempre più fioca e più debole, si era adesso spenta.

Guardai fuori.

Oltre i tetti della città una lieve striscia luminosa stava già attraversando il cielo, preannunciando l'alba.

Erano le cinque e mezza di mattina del Primo Maggio 2011.

Andai a prepararmi un caffè: il primo di una lunga serie che avrei dovuto prendere quel giorno per restare in piedi in quella difficile prima giornata di una nuova, oscura Epoca che stava già iniziando per tutta l'Europa.

Era la livida alba di una sconfitta totale.

Era la fine della possibilità di potersi curare da soli con le oltre 30.000 o 50.000 Vitamine naturali presenti nelle circa 600.000 specie di piante di tutto il mondo, di cui 20.000 specie nella sola Europa.

Il Primo Maggio 2011 entrava in vigore la Direttiva 2004/24/CE che modificava la questione inerente ai "Medicinali Vegetali Tradizionali", esposta nella Direttiva 2001/83/CE del 6 Novembre 2001, e che aveva disciplinato fino a quel momento i "Medicinali vegetali" per uso umano.

La Commissione Europea così intendeva per "Medicinale Vegetale Tradizionale" al paragrafo 29: "... *un Medicinale Vegetale che risponda ai requisiti di cui all'articolo 16 bis, paragrafo 1...*"

La Commissione Europea così intendeva invece per "Medicinale Vegetale" al paragrafo 30: "...*ogni medicinale che contenga esclusivamente come principi attivi una o più sostanze vegetali, o uno o più preparati vegetali, oppure una o più sostanze vegetali in associazione ad uno o più preparati vegetali...*"

E' da evidenziare che all'articolo 16 bis, paragrafo 1, la suddetta Direttiva prevedeva l'istituzione di una Procedura di Registrazione Semplificata per i "Medicinali Vegetali" che potessero soddisfare tutti i seguenti requisiti:

A.

Le indicazioni sono esclusivamente quelle appropriate per i Medicinali Vegetali Tradizionali che, in virtù della loro composizione e del loro scopo, sono destinati ad essere utilizzati senza controllo medico per necessità di diagnosi, di una prescrizione o per il controllo del trattamento.

B.

Ne sia prevista la somministrazione solo in una determinata concentrazione e posologia.

C.

Che si tratti di un preparato per uso orale, esterno e/o inalatorio.

D.

Dev'essere trascorso il periodo di impiego tradizionale, di cui all'articolo 16 quater, paragrafo 1, lettera c.

E.

I dati relativi all'impiego tradizionale del medicinale devono essere sufficienti. In particolare, il prodotto deve aver dimostrato di non essere nocivo nelle condizioni d'uso indicate, e i suoi effetti farmacologici o la sua efficacia devono risultare verosimili in base all'esperienza e all'impiego di lunga data.

Dei paragrafi precedenti, di cui sopra, il più importante, e anche quello più insidioso, era quello contraddistinto dalla lettera D, perché sanciva un periodo di tempo tradizionale stabilito dall'articolo 16 quater, paragrafo 1, lettera c.

In dettaglio, l'articolo 16 quater, paragrafo 1 lettera c, così prevedeva: "...La documentazione bibliografica, o le certificazioni di Esperti comprovanti che il medicinale in questione, o un prodotto corrispondente, aveva avuto un impiego medicinale per un periodo di almeno 30 anni anteriormente alla data di presentazione della domanda, e di cui almeno 15 anni nella Comunità Europea. Su richiesta dello Stato Membro in cui è stata presentata la domanda di registrazione per "Impiego Tradizionale", il "Comitato dei Medicinali Vegetali" esprime un parere sull'adeguatezza della dimostrazione dell'uso di lunga data del medicinale in questione o del prodotto corrispondente. Lo Stato Membro presenta la documentazione rilevante a sostegno della richiesta."

In sintesi, l'Azienda agricola che aveva coltivato, trattato e poi prodotto, fino a quella mattina, il succo di una determinata pianta medicinale, se non riusciva a dimostrare e a comprovare il suo impiego continuativo per almeno 30 anni prima della data di presentazione della domanda, sarebbe stata costretta a ritirarlo dal commercio.

Ma andando avanti nella lettura, si riscontravano le importanti questioni della Direttiva ai Punti 3 e 5.

Analizzando il Punto 3, si leggeva: “...*Nonostante una lunga tradizione d'uso, numerosi medicinali non rispondono ai requisiti relativi all'impiego medicinale ben noto, né presentano una riconosciuta efficacia e un livello accettabile di sicurezza, e non possono pertanto essere oggetto di un'autorizzazione all'immissione in commercio (omissis)...*”.

Leggendo poi il Punto 5, si riscontrava: “...*(omissis) ...tuttavia, poiché neppure una lunga tradizione consente di escludere eventuali timori circa la sicurezza del prodotto, le Autorità Competenti dovrebbero avere la facoltà di richiedere tutti i dati necessari per la valutazione della sicurezza. La qualità di un dato medicinale non è determinata dal suo impiego tradizionale. Pertanto non dovrebbero essere concesse deroghe all'obbligo di effettuare le necessarie prove chimico-fisiche, biologiche e microbiologiche. I prodotti dovrebbero soddisfare le norme di qualità contenute nelle Monografie della Farmacopea Europea pertinenti, o in quelle della Farmacopea di uno Stato Membro.*”

Risulta impossibile non notare la plateale contraddizione, insita nei due Punti.

Da una parte, infatti, viene asserito che una lunga tradizione di un Medicinale Vegetale consente di non dover fare la sperimentazione pre-clinica, mentre dall'altra parte si afferma che, tuttavia, poiché “...*neppure una lunga tradizione consente di escludere eventuali timori circa la sicurezza del prodotto, le Autorità Competenti dovrebbero avere la facoltà di richiedere tutti i dati necessari per la valutazione della sicurezza del prodotto...*”

Le Autorità di Controllo dovrebbero quindi richiedere i dati necessari per la valutazione della sicurezza di un prodotto vegetale tradizionale.

La stessa Direttiva 2001/83/CE, riguardo alla valutazione di un prodotto per uso umano prevedeva che: “...*le domande di autorizzazione all'immissione in commercio di un medicinale debbano essere corredate di un fascicolo contenente informazioni e documenti relativi in particolare ai risultati delle prove chimico-fisiche, biologiche, microbiologiche, farmacologiche, tossicologiche e delle sperimentazioni cliniche effettuate sul prodotto e comprovanti la sua qualità, sicurezza ed efficacia.*”

In pratica, se un'azienda agricola, dopo il Primo Maggio 2011, avesse voluto vendere un prodotto erboristico (succo, pianta o parti di essa), descrivendo sulla confezione le sue caratteristiche “terapeutiche” e/o “curative”, tale prodotto, anche se veniva utilizzato da migliaia di anni, sarebbe stato considerato alla stregua di un “farmaco di sintesi” e, come tale, avrebbe dovuto sottostare a tutti gli obblighi e a tutte le sperimentazioni previste, e cioè dalle prove chimico-fisiche a quelle biologiche, a quelle microbiologiche, a quelle farmacologiche, a quelle tossicologiche e cliniche, con in aggiunta le autorizzazioni previste per i farmaci di sintesi chimica, come già fatto da “Big Pharma” per le sue pillole, capsule, pastiglie e fiale di medicine varie.

Le stime delle spese di registrazione sarebbero state da circa 80.000 Euro ad almeno 150.000 Euro per il singolo prodotto: una spesa burocratica che una piccola o media azienda agricola, o erboristica, NON avrebbe mai potuto sobbarcarsi in alcun modo.

Tale spesa burocratica se la sarebbero potuta permettere soltanto le Multinazionali farmaceutiche di “Big Pharma”, conquistando così, senza colpo ferire, da un giorno all'altro, un nuovo settore di mercato: quello “Green”.

Da quel giorno sarebbero stati vietati anche gli integratori alimentari contenenti qualsiasi pianta medicinale che non fosse stata preventivamente autorizzata tramite quei laboriosi e costosissimi passaggi burocratici.

Ma la nuova legislazione diceva chiaramente di voler mettere in primo piano la “sicurezza” dei cittadini europei, rendendo obbligatoria l'indicazione sulle etichette dei prodotti erboristici approvati, dei possibili effetti collaterali e delle interazioni con farmaci.

E nei nuovi prodotti “erboristici” registrati di “Big Green”, tutti secchi e quindi privi di quantità apprezzabili di Vitamine, sarebbe stata consentita l'aggiunta di una vasta pletera di oltre cento additivi potenzialmente tossici, fra cui il Laurilsolfato di Sodio, i controversi edulcoranti noti come Aspartame e Ciclamato di Sodio, i conservanti artificiali come E215, E217 ed E219, e vari polimeri, come il Co-polimero di Butil Metacrilato (BA), il Polivinil-Pirrolidone, l'alcool polivinilico (PVA) e tanti altri...

I pazienti non avrebbero più trovato in commercio l'Aloe, la Graviola e tantissime altre potenti sostanze naturali, che così da quel giorno diventavano fuori-legge per sempre.

I malati di Cancro si sarebbero potuti curare soltanto con la Chemio-Terapia.

Trentamila Vitamine naturali, o forse Cinquantamila, contenute in circa 600.000 specie di piante innocue, non si sarebbero più potute usare.

In Nove anni avevo raccolto e catalogato centinaia di lavori scientifici su più di mille piante medicinali anti-cancro, di cui solo una minima parte avevo fatto utilizzare dai miei pazienti data l'impossibilità pratica di reperimento, poiché dovevano essere fresche, appena raccolte nei campi e nei boschi, allo scopo di non perdere le preziosissime Vitamine che, invece, i prodotti secchi erboristici preparati in capsule, pastiglie e pillole NON avevano più.

La vera cura anti-cancro, a mio parere, doveva essere basata sul concetto di innalzare da cento a mille volte il livello delle Vitamine nel sangue dei pazienti, determinando così la naturale Apoptosi delle cellule neoplastiche, fossero pure Cancri, Leucemie, Linfomi, Gliomi, Sarcomi, Melanomi, Neuroblastomi o altro ancora.

Centinaia le piante fra cui scegliere le più adatte per il singolo caso clinico:

Abelmoscythus moschatus, Acalypha indica, Acorus calamus, Actinidia chinensis, Adiantum capillus veneris, Ailanthus glandulosa, Ajuga pyramidalis, Ajuga reptans, Albizzia lebbek, Alchimilla alpina, Alchimilla vulgaris, Allium cepa, Allium sativum, Alpinia oxyphylla, Althaea officinalis, Anethum graveolens, Angelica archangelica, Aniba roseadora, Annona muricata, Annona squamosa, Antennaria dioica, Antyllis alpestris, Apium graveolens, Aquilaria agallocha, Aralia racemosa, Arctium lappa, Argemone mexicana, Argyreia speciosa, Artemisia abrotanum, Artemisia absinthium, Artemisia dracunculus, Asparagus cochinchinensis, Asparagus racemosus, Astragalus membranaceus, Atractylodes ovata, Azadirachta indica, Bacopa monnieri, Bambusa arundinacea, Betula alba, Boerhaavia diffusa, Boswellia carterii, Boswellia serrata, Buxus sempervirens, Caesalpinia sappan, Calendula silvestris, Campanula latifolia, Cananga odorata, Capaifera officinalis, Capparis spinosa, Capsicum frutescens, Capsicum fasciculatum, Capsicum annuum, Cardamine pratensis, Carlina acaulis, Carpinus betulus, Carum carvi, Carum nigrum, Caryophyllus aromaticus, Cassia angustifolia, Cassia occidentalis, Cayaponia tayuya, Ceanothus americanus, Celastrus scandens, Cerastium alpinum, Cetraria islandica, Chimaphila umbellata, Chondrus crispus, Cinchona calisaya, Cinchona succirubra, Cinnamomum zeylanicum, Cirsium spinosissimum, Cissampelos pareira, Citrus aurantium bergamia, Citrullus colocynthis, Citrus limonum, Cochlearia armoracia, Coriandrum sativum, Coscinium fenestratum, Crocus sativus, Curcuma longa, Curcuma zedoaria, Cymbopogon nardus, Cymbopogon citratus, Cynara scolymus, Draba aizoides, Drinaria fortunei, Drosera anglica, Drosera intermedia, Drosera rotundifolia, Dryobalanops aromatica, Echinacea angustifolia, Echinacea pallida, Echinacea purpurea, Eclipta alba, Elettaria cardamomum, Emblica officinalis, Epilobium angustifolium, Epilobium parviflorum, Equisetum arvense, Erithrea antaurium, Erythrina mulungu, Erythroxylum catuaba, Eucalyptus globulus, Eugenia caryophyllata, Eupatorium perfoliatum, Eupatorium purpureum, Eurycoma longifolia, Euspongia officinalis, Foeniculum vulgare, Foeniculum sativum, Frangula alnus, Galium aparine, Galphimia glauca, Gordonia axillaris, Gardenia jasminoides, Gentiana germanica, Geranium robertianum, Glechoma hederaceum, Glycyrrhiza

glabra, *Gnafalium supinum*, *Goniothalamus species*, *Grindelia camporum*, *Grindelia squarrosa*, *Hibiscus abelmoschus*, *Hibiscus sabdaiffa*, *Hieracium pilosella*, *Holarrhena antidysenterica*, *Houttuynia cordata*, *Hydnophytum formicarum*, *Hypericum perforatum*, *Hypericum richeri*, *Hypoxis hemerocallidea*, *Hyssopus officinalis*, *Ilex paraguariensis*, *Inesinae calea*, *Lamium album*, *Lapsana communis*, *Larrea divaricata*, *Larrea mexicana*, *Laurus nobilis*, *Lavandula officinalis*, *Lavandula angustifolia*, *Lavandula stoechas*, *Lepidium meyenii*, *Lepidozamia peroffskyana*, *Lettsomia nervosa*, *Leucanthemopsis alpina*, *Lippia citriodora*, *Lobaria pulmonaria*, *Lonicera caprifolium*, *Lycopodium clavatum*, *Lysimachia nummularia*, *Luffa operculata*, *Mahonia aquifolium*, *Majorana hortensis*, *Malva sivestris*, *Malva vulgaris*, *Momordica charantia*, *Marasdenia cundurango*, *Marrubium vulgare*, *Maytenus illicifolia*, *Maytenus krukovit*, *Melaleuca alternifolia*, *Melaleuca leucodendron*, *Melaleuca minor*, *Melaleuca quinquenervia*, *Melaleuca viridiflora*, *Melissa monarda*, *Melissa officinalis*, *Mentha species*, *Meum mutellina*, *Mimosa species*, *Momordica charantia*, *Morinda citrifolia*, *Moringa pterygosperma*, *Muehenbeckia volcanica*, *Myrica cerifera*, *Myristica fragrans*, *Myristica sebifera*, *Myroxylon balsamum*, *Myroxylon pereirae*, *Myrtus communis*, *Nelumbo nucifera*, *Nepeta cataria*, *Nigella sativa*, *Ochrosia elliptica*, *Ocimum basilicum*, *Ocimum sanctum*, *Ocimum tenuiflorum*, *Origanum vulgare*, *Panax ginseng*, *Pedicularis rostrato-capitata*, *Pereskia bleo*, *Peucedanum ostruthium*, *Peucedanum graveolens*, *Pfaffia paniculata*, *Picramnia antidesma*, *Pimenta racemosa*, *Pimpinella anisum*, *Pimpinella major*, *Pimpinella saxifraga*, *Piper nigrum*, *Phyllanthus niruri*, *Phyllanthus orbicularis*, *Phyllanthus urinaria*, *Physalis angulata*, *Pinus mugo*, *Pinus sylvestris*, *Plantago major*, *Polygala senega*, *Polygonum aviculare*, *Polygonum cuspidatum*, *Primula hirsuta*, *Primula officinalis*, *Primula veris*, *Prunus amygdalus*, *Prunus armeniaca*, *Prunus avium*, *Prunus nigra*, *Prunus persica*, *Prunus spinosa*, *Pulmonaria angustifolia*, *Pulmonaria officinalis*, *Quercus robur*, *Rhamnus sagrada*, *Rhamnus frangula*, *Rhamnus purshiana*, *Rheum officinale*, *Rheum palmatum*, *Rhodiola rosea*, *Rosmarinus officinalis*, *Rubia cordifolia*, *Rubia peregrina*, *Rubia tinctorium*, *Rumex acetosa*, *Rumex crispus*, *Salvia miltiorrhiza*, *Salvia sclarea*, *Salvia officinalis*, *Sambucus nigra*, *Santalum album*, *Satureja montana*, *Satureja hortensis*, *Saxifraga aizoides*, *Saxifraga rizoide*, *Saxifraga oppositifolia*, *Schinus molle*, *Scutellaria baicalensis*, *Scutellaria latiflora*, *Sempervivum montanum*, *Serenoa repens*, *Sinapsis alba*, *Sinapsis arvensis*, *Smilax aspera*, *Smilax sarsaparilla*, *Smilax utilis*, *Solanum lyratum*, *Solanum paniculatum*, *Sophora flavescens*, *Stachys arvensis*, *Sticta pulmonaria*, *Stirax officinalis*, *Streptocaulon juvenas*, *Sutherlandia frutescens*, *Sysymbrium officinale*, *Taraxacum officinalis*, *Tephrosia purpurea*, *Terminalia chebula*, *Thalictrum acutifolium*, *Thymus serpillum*, *Thymus vulgaris*, *Tinospora cordifolia*, *Tribulus terrestris*, *Ulmus rubra*, *Uncaria guianensis*, *Uncaria tomentosa*, *Vaccinium vitis idaea*, *Verbascum densiflorum*, *Verbascum thapsus*, *Viola odorata*, *Viola tricolor*, *Zingiber officinale*, e altre ancora...

ALLEGATO 5:

Sesta dichiarazione: Il Fallimento della Chemio-Terapia

Il Giuramento d'Ippocrate fa espressamente divieto di somministrare “veleno” al paziente, anche se richiesto dall'ammalato stesso (vedi Giuramento d'Ippocrate).

Qualsiasi forma di Chemio-Terapia causa un danno irreparabile alle condizioni fisiche di coloro che si espongono all'azione di questi “farmaci cito-tossici” che entrano nel circolo sanguigno tramite iniezione e/o fleboclisi endovenosa (oppure per assorbimento indiretto dallo stomaco o dalla mucosa intestinale).

Questo tipo di trattamento è quindi diverso dalla Chirurgia o dalla Radio-Terapia, che concentrano invece i loro effetti su punti o aree specifici del corpo umano (terapie “mirate”).

Negli ospedali si fa ricorso alla Chemio-Terapia quando c'è la possibilità che le cellule tumorali possano essere presenti in altre zone dell'organismo oltre alla sede del tumore primario. Ma raramente la Chemio-Terapia garantisce un periodo di sopravvivenza di almeno 5 anni, indicato impropriamente come “periodo di cura”.

La Chemio-Terapia, in genere, arresta temporaneamente l'anomala crescita cellulare, oppure può alleviare il dolore per qualche tempo, o allungare di poco il tempo di sopravvivenza.

Ciò vale anche nel caso di Chemio-Terapia a basso dosaggio somministrata per bocca: la somministrazione orale di queste pastiglie ha delle gravissime conseguenze, poiché il sistema immunitario a livello gastro-intestinale è il più sviluppato di tutti, dato il carico antigenico a cui l'organismo viene esposto: la superficie cutanea è infatti soltanto di 2 metri quadrati, la superficie polmonare è di 80 metri quadrati, mentre la superficie gastro-intestinale raggiunge i 300 metri quadrati. Il sistema immunitario gastro-intestinale, essendo estremamente sviluppato, giustifica l'azione di molti fito-terapici dati per via orale allo scopo d'indurre una immuno-stimolazione specifica o aspecifica verso particolari antigeni naturali presenti in alcune specie di piante (vedi cap.9), ma spiega anche la sua estrema vulnerabilità alla stessa chemioterapia, poichè questa conduce ad una graduale alterazione dei tessuti della mucosa intestinale (soprattutto del colon) a causa della morte dei linfociti presenti nei linfonodi mesenterici, nelle Placche di Peyer, nella Lamina propria. Questa alterazione determina non solo la graduale alterazione della funzionalità del tessuto linfatico presente sulla mucosa intestinale, ma anche il graduale blocco delle strutture linfo-immunitarie poste a distanza, con loro successivo esaurimento funzionale.

Vi è infine un'ultima considerazione in merito alla incompatibilità d'impiego della Chemio-Terapia successiva o contemporanea alle terapie multi-vitaminiche e dietetiche descritte in questo libro: se noi consideriamo il Cancro e tutti gli altri tipi di tumore come patologie che insorgono a causa di una carenza multi-vitaminica, e la cui cura, descritta in questo libro, risulti essere pertanto costituita sostanzialmente da un apporto costante e continuo di migliaia di vitamine (vedi anche cap. 1, 3, 5, 8 e 9), risulta pertanto illogico la somministrazione di sostanze anti-vitaminiche (che caratterizzano la “chemio”): è come se il Cancro, visto come un “iceberg” di degenerazione cellulare nato, cresciuto e sviluppatosi su un *pabulum* di acidosi, avitaminosi cronica e di intossicazione cronica del soggetto in esame, potesse essere sconfitto da una semplice somministrazione ulteriore di sostanze tossiche e anti-vitaminiche, soltanto perché capaci, queste ultime, di uccidere tutte le cellule in replicazione, comprese anche quelle tumorali....

Raramente si può parlare di "remissione": dati bibliografici (⁷⁴⁹) riferiscono percentuali di riuscita in meno dell'1% in caso di cancro del pancreas, del 3% in caso di cancro al fegato, del 7% in caso di cancro dell'intestino....

Nel 1986, sul *British Medical Journal*, Kearsley prendeva in considerazione il cancro in fase avanzato del polmone, dell'intestino, della mammella, della prostata, della testa e del collo, della vescica, quello endometriale e infine quello pancreatico, dimostrando già allora il sostanziale fallimento di questo approccio terapeutico, essendo la Chemio-Terapia curativa solo nel 5,9% dei casi su oltre 785.000 casi studiati, e nel 13% di tutti i casi di cancro (356.250) considerati "curabili" (²⁰⁶) [Kearsley J.H.: *Cytotoxic chemotherapy for common adult malignancies: "the emperor's new clothes" revisited*, *British Medical Journal*, Vol. 293, 1986, pp.: 871-876].

Esistono circa 60-70 farmaci citotossici in commercio in tutto il mondo.

Per l'Italia i nomi commerciali sono riportati in tabella 2a (elenco parziale): alcuni di questi veleni causano meno problemi di altri come: insonnia, spossatezza, diarrea, alopecia, stomatite, leucopenia, piastrinopenia, anemia, nausea, vomito...

Questi sono gli effetti collaterali immediati e conosciuti perchè visibilmente riscontrabili.

Ciò di cui raramente si parla sono gli effetti più gravi e più duraturi, le cui conseguenze deteriorano profondamente la vita del paziente e il decorso stesso della sua malattia, rendendo inutili persino le terapie basate sull'immuno-stimolazione dei linfociti *Natural Killer*, sull'attività apoptotica e detossificante di estratti di piante mediche.

Questi danni profondi e irreversibili, di cui raramente si discute, sono i seguenti:

- 1) grave riduzione, stabile e duratura, del numero di particolari tipi e sottotipi di globuli bianchi, indispensabili alla risposta immunitaria *specific*a contro il tumore.
- 2) mutazioni cellulari di tipo somatico, con comparsa di altri tumori secondari e/o metastasi
- 3) mutazioni cellulari di tipo germinale (testicoli oppure ovaie), con comparsa di sterilità, aborti o di bimbi malformati in quei casi di genitore sopravvissuto alla Chemio-Terapia e al Cancro.
- 4) accelerazione della crescita del tumore, anzichè una sua riduzione, con comparsa di resistenza crociata del tumore ad altri veleni (pompa glicoproteica di membrana).

La Chemio-Terapia è quindi controindicata in maniera assoluta in qualsiasi forma di associazione alla Immuno-Terapia.

La Chemio-Terapia è infatti gravemente depletoria soprattutto nei confronti dei linfociti, di cui è stata riconosciuta la buona capacità di identificazione e di distruzione di masse tumorali mediante Immuno-Terapia specifica anti-neoplastica (vedi capitolo 4 libro *Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio*).

Si può infatti affermare, secondo l'autore del presente lavoro, che *saranno solo e soltanto le difese immunitarie del paziente stesso a risolvere la patologia neoplastica, portandolo così ad una completa guarigione dal Cancro*.

La Chirurgia e la Radio-Terapia devono essere considerate soltanto come tecniche o metodiche d'appoggio capaci di eliminare una certa quota della massa tumorale primitiva e delle sue metastasi, fermo restando che *nessuna di queste due componenti deve essere considerata causa di guarigione finale del paziente dal tumore*: l'eventuale ed effettiva guarigione del paziente dal proprio tumore

dipenderà solo e soltanto dalla capacità delle difese immunitarie di riconoscere e distruggere in maniera selettiva e radicale il tumore stesso L'Immuno-Terapia nega pertanto alla Chemio-Terapia qualsiasi valenza curativa e di *guarigione* nei confronti del tumore.

Si può pertanto affermare che è stato già dimostrato in letteratura medica il fallimento sostanziale della Chemio-Terapia per quasi tutte le forme tumorali (vedi Tabella in fondo): la Chemio-Terapia riduce la massa tumorale, sia pure al gravissimo prezzo di arrecare danni estesi a tutti gli organi e ai tessuti del paziente, determinando: insufficienza midollare (con la conseguenza di infezioni e di caduta di difesa immunitaria contro il tumore stesso), insufficienza epatica e renale, possibile evoluzione in fibrosi polmonare con insufficienza respiratoria, danni cardiaci e ai vasi ematici, leucemie e cancri secondari in percentuale variabile.

In ogni caso, la ripresa neoplastica avviene quasi sempre, spesso caratterizzata da resistenza crociata delle cellule tumorali ad altri farmaci chemio-terapici, in cicli di Chemio-Terapia successiva di seconda o terza linea, fino ad essere definita alla fine, in termini del tutto inappropriati, "Chemio-Terapia di *salvataggio*": in realtà una Chemio-Terapia finale e distruttiva, eseguita con farmaci chemioterapici di vario tipo, che non riescono mai a *salvare* il paziente, né tanto meno a condurlo a guarigione effettiva...."

Nel 1975, il prof. Hardin Jones, dell'Università della California, dimostra per la prima volta, in uno studio su ampia scala durato 23 anni, che per gli ammalati di Cancro che si sono rifiutati di sottoporsi a Chirurgia, Radio-Terapia, e Chemio-Terapia, (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), la sopravvivenza media è di 3-4 volte più alta, rispetto a quelli che si sono sottoposti a trattamenti medici standard come Chirurgia, Radio-Terapia e Chemio-Terapia ⁽¹³³⁸⁾ [Walter Last, "The Ecologist, vol. 28, No. 2, marzo/aprile 1998].

Tale constatazione è stata confermata, da allora, più volte nella letteratura medica, ad esempio per cancro della mammella ⁽¹⁰⁶⁷⁾ [*The natural history of breast carcinoma in the elderly: implications for screening and treatment*, Cancer 2004; 100(9), pp.:1807-1813], dove la sopravvivenza media è di 12 anni e mezzo, mentre quelli che si sono sottoposti a trattamenti medici standard (Chirurgia, Radio-Terapia e Chemio-Terapia), sono morti in media entro 3 anni.

Ancora, nel 1990, il prof. Ulrich Abel, dell'Università di Heidelberg affermava: "...*sebbene i farmaci chemioterapici portino ad una "risposta", cioè ad una diminuzione di massa del tumore, questa riduzione non produce un prolungamento della sopravvivenza del paziente; anzi, il cancro ritorna più aggressivo di prima, poiché la Chemio favorisce la crescita di ceppi tumorali resistenti. Inoltre la Chemio danneggia gravemente le difese dell'organismo, tra cui il sistema immunitario, spesso i reni e il fegato....*". Secondo i dati presentati dal dott. Abel, i pazienti trattati con Chemio-Terapia hanno risultati significativamente minori, in termini di sopravvivenza, rispetto a pazienti trattati con la medicina convenzionale, raggruppati e confrontati per tipo e stadio di tumore.

Abel afferma: "...*Un'analisi bilanciata e imparziale della letteratura medica mostra un indice di successi terapeutici quasi nullo nei trattamenti impiegati convenzionalmente per la cura delle forme avanzate dei tumori solidi*" ... ⁽¹³⁰⁶⁾ [*Chemotherapy of advanced epithelial cancer: a critical survey*. HippokratesVerlag, Stuttgart, 1990; Healing Journal, No.1-2, Vol.7, 1990]; ⁽¹³³⁷⁾ [U. Abel, Lancet, 10 agosto 1991].

Nel 1991, l'oncologo Albert Braverman scrive: "...*nessun tipo di tumore solido che era considerato incurabile nel 1975 è curabile oggi. Molti oncologi raccomandano la Chemioterapia per praticamente qualsiasi forma di tumore, con aspettative che il sistematico fallimento non scoraggia...*" ⁽¹³³⁹⁾ [A. Braverman: Medical Oncology in the 90s, Lancet, 1991, vol. 337, pp. 901].

Nel 1996, così scriveva Edward G. Griffin su “*World Without Cancer*, dell’*American Media Publication*: ”...i nostri protocolli chemio più efficaci sono in realtà gravidi di rischi, di effetti collaterali e di problemi. Dopo che tutti i pazienti che abbiamo curato ne hanno pagato le conseguenze, solo un’esigua percentuale di essi viene ricompensata da un effimero periodo di regressione tumorale, generalmente parziale...”.

Quando la Chemio-Terapia è utile.

La Chemio-Terapia è utile soltanto nel 1,5% (uno virgola cinque per cento) dei casi secondo una commissione OMS del 1980.

Secondo una rassegna di 1.500 pubblicazioni scientifiche effettuate dal prof. Jones dell’Università della California, tale percentuale di successo sale al 2%.

Molto più ottimista l’Istituto Gerson, che giunge a stimare una percentuale di successo (sopravvissuti a cinque anni dalla diagnosi) addirittura del 15%, con un fallimento sostanziale però dell’85% dei casi, fallimento che sale al 93% nel caso dei tumori dell’intestino, al 97% nel caso di tumore al fegato, al 99% di fallimento se tumore al pancreas (⁷⁴⁹) [Gerson C.: *La Terapia Gerson*. Macroedizioni,2002].

Ma secondo uno studio australiano pubblicato nel 2004 (¹³⁴⁰) [Morgan G.: *The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies*, *Clinical Oncol.*, 2004, 16, pp.: 549-560], che ha analizzato tutti gli studi clinici condotti in Australia e in America (USA), per ben 14 anni, cioè dal gennaio 1990 al gennaio 2004, è risultato invece che la Chemio-Terapia è efficace solo nel 2% dei casi. Questi risultati, usciti dallo spoglio di un campione immenso e più che rappresentativo di circa 227.800 casi di tumore, sono a dir poco catastrofici.

Validità dubbia delle statistiche ufficiali

Le statistiche ufficiali di riuscita del successo terapeutico delle terapie standard attuali non hanno alcun fondamento (¹¹⁹⁷⁻¹²⁰⁴).

1197) Moss R.: “*Questioning chemotherapy: a critique of the use of toxic drugs in the treatment of cancer*”, Equinox press, 1995, ISBN 188192525x

1198) Anderson J.R.: *Analysis and interpretation of the comparison of survival by treatment outcome variable in cancer clinical trials*, in: *Cancer Treatment Rep.*, vol. 69, pp.: 1139-1144, 1985

1199) Becker N.: *Time trends in cancer mortality in the Federal Republic of Germany: progress against cancer ?*, in : *Int. J. Cancer*, vol. 43, pp.: 245-249, 1989

1200) Berlin J.A.: *An assessment of publication bias using a sample of published clinical trials*, in: *J.A.M.Statistic Assoc.*, vol. 84, pp.: 381-392, 1989

1201) Cohen M.H.: *Prognostic factors may account for the increase survival of advanced ovarian cancer patients receiving high dose intensity chemotherapy*, Abstract No. 614, in: *Proc. Am. Soc. Clin. Oncol.* Vol. 9, pag. 158, 1990

1202) Enstrom J.E.: *Interpreting cancer survival rates*, in : *Science*, vol. 195, pp.: 847-851, 1977

1203) Hankey B.F.: *Black/white differences in bladder cancer patient survival*, in: *J. Chron Dis.*, vol. 40, pp.: 65-73

1204) Hughes M.D.: *Stopping rules and estimation problems in clinical trials*, in : *Statist. In Med.*, vol. 7, pp.: 1231-1242.

Nel 1985, il prof. John Cairns dell'università di Havard pubblica una critica devastante su *Scientific American*: "...a parte rari tipi di leucemia, non è possibile rilevare alcun significativo cambiamento dell'incidenza di morti per cancro a seguito dell'uso su ampia scala della Chemio-Terapia. Non ci sono evidenze scientifiche che la Chemio-Terapia possa curare i vari tipi di cancro che oggi affliggono la società..."

Nel 1987, 42 parlamentari del Congresso USA chiedono che si faccia chiarezza sulle terapie alternative che potrebbero essere usate per la cura del Cancro. Tra le altre cose, viene fatto notare che neanche la Chirurgia è approvata come trattamento per il Cancro, poiché neanche uno studio con il tradizionale gruppo di controllo è stato mai effettuato per valutarne i risultati a lungo termine. Neanche la Chemio-Terapia è approvata, ma è solo in fase sperimentale e dura ormai da 50 anni.

In sostanza:

Buona "Incidenza di Risposta" vuol dire solo che il tumore si è soltanto ridotto di volume, ma non vuol dire che è stato debellato.

"Risposta": vuol dire: diminuzione del volume della massa tumorale nota.

"Incidenza di Risposta": percentuale di pazienti in cui si osserva, nei mesi successivi alla Chemio-Terapia, una diminuzione della massa tumorale nota.

"Durata di Risposta": vuol dire quanto tempo dura tale riduzione di massa tumorale.

"Risposta Completa" massa tumorale non più rilevabile alle indagini diagnostiche.

"Risposta Parziale": riduzione della massa tumorale del 50%

Gli studi ECRI (*Emergency Care Research Institute*) affermano che l'"Incidenza di Risposta", cioè la riduzione di massa tumorale a seguito della Chemio-Terapia, non si correla affatto con il "Prolungamento della sopravvivenza della vita del paziente".

"Remissione" non significa affatto "sopravvivere più a lungo".

La letteratura medica inerente alla Chemio-Terapia non usa mai termini quali:

"guarigione" e "qualità della vita".

Viceversa, nella letteratura medica su Chemioterapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo per casi di cancro con metastasi, le statistiche pubblicate fanno spesso apparire i risultati come migliori di quanto lo siano in realtà.

Ad esempio, vengono esclusi dalle statistiche quei pazienti che muoiono a causa delle infezioni subentrate subito dopo il trapianto di midollo osseo, non attecchito, con fallimento quindi del trapianto.

Questi pazienti vengono definiti dai ricercatori con il termine di "decessi prematuri".

Ad esempio, l'incidenza di decessi prematuri nelle donne con metastasi alla mammella è stata riportata in 31 studi pubblicati dal 1984 al 1994. La media era del 10% negli studi fatti dal 1992 al 1994. Viceversa sale al 17% considerando solo gli studi del 1994.

In altri casi, i pazienti morti per un'infezione non risultano morti per il cancro, e compaiono invece nel numero dei pazienti "guariti".

Costo economico della Chemio-Terapia

Si ritiene che la Chemioterapia costi allo Stato italiano circa DIVERSI miliardi di Euro l'anno.

STATISTICHE UFFICIALI

Analizziamo adesso i tempi di sopravvivenza, dopo Chemio-Terapia, di vari tipi di tumori maligni (Astrocitomi di quarto grado, Cancro del Capo e del Collo, Cancro del Polmone a grandi e piccole cellule, Cancro della Mammella, Cancro dello Stomaco, Cancro del Pancreas, Cancro del Rene, Cancro della Prostata, Cancro dell'Ovaio, Cancro dell'Utero, Cancro del Colon-Retto, Leucemie mieloidi e linfatiche, acute e croniche, Mieloma Multiplo, Linfoma di Hodgkin/NON Hodgkin:

Tumori al cervello

La percentuale di sopravvivenza a 5 anni, dopo Chemio-Terapia, nel caso di astrocitomi di quarto grado (glioblastoma multiforme) è appena del 4-5%. ⁽¹⁰³⁵⁾ [McLendon R: Cancer, 98 (8), pp.: 1745-1748, 2003]. In 30 anni, dice l'articolo scientifico, tale valore non è migliorato di un solo punto.

Carcinomi della regione testa/collo

Molti lavori dimostrano che la Chemio-Terapia post-operatoria non apporta alcun prolungamento della vita rispetto ai pazienti non trattati con Chemio-Terapia, comunque con alimentazione libera, senza diete particolari ^(60,435) [Stell P.M.: Br. J. Cancer, vol. 61, pp. 779-787, 1990];[Chalmers T. in: De Vita: "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia , 4.a edizione, pp 235-241, 1993].

Altri lavori dimostrano, su un totale di 23 studi su Chemio-Terapia pre-operatoria e Chemio-Terapia post-operatoria, che non c'è alcuna differenza fra gruppi trattati e quelli non trattati (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari). ^(72,74,98,195,397,449) [Tannock I.F.: J.Clin. Oncol., Vol. 6, pp.1337-1387, 1984];[Clark J.R.: Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 35-44, 1988];[Dodion P.: Raven Press, New York, pp. 525-547, 1986];[Choski A.J.: Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 45-49, 1998];[Schantz S.P. : in : De Vita V. "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia, 4 a. edizione, pp. 574-630, 1993];[Jacobs C.: J. Clin. Oncol., vol. 8 pp. 838-847, 1990].

Infine, secondo un lavoro del 2004 ⁽¹³⁴⁰⁾, che ha preso in considerazione oltre 7.500 pazienti, soltanto il 2,5% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (lavoro disponibile in PDF).

Carcinoma del polmone a cellule non piccole

Per il carcinoma del polmone a cellule non piccole in stadio avanzato non esistono indicazioni di un evidente influsso sulla prognosi esercitato dalla sola Chemio-Terapia ⁽²⁾ [Abel U.: Biomed and Pharmacother, vol. 46, 1992, aggiorn. 1995, pp. 439-452].

Nel caso del carcinoma bronchiale a cellule non piccole, vengono evidenziati in alcuni studi miglioramenti della sopravvivenza non significativi statisticamente, che sono così limitati che non giustificano l'impiego di terapie tossiche come da Chemio. A esempio, non si evidenzia alcun vantaggio significativo tra Chemio-Terapia precoce aggressiva e Chemio-Terapia ritardata, essendole mediane di sopravvivenza di appena 193 giorni contro 175 ⁽²⁴¹⁾ [Lad T.E.: *Immediate versus postponed combination chemotherapy (CAMP) for unresectable Non-Small Cell Lung Cancer: a randomized trial*, Cancer Treatment Reports, Vol. 65, No.11-12, 1981].

Queste valutazioni sono condivise anche dagli autori di numerosi altri lavori: ^(16,39,158,259, 296, 361) [Bakowski M.T.: *Cancer Treatments Reviews*, vol.10, pp. 159-172, 1983];[Mitrou P.S.: *Atemw.-Lungenkrhk.*, vol. 12, pp. 544-549, 1986];[Rankin E.M.: *Slevin and Staquet, Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni*, Raven Press, New York, pp. 447-492, 1986];[Liu R.J.: *Seminars in Oncol.*, vol. 20, pp. 296-301, 1993];[Hansen: *J.Clin. Oncol.*, vol. 5, pp. 1711-1712, 1987]; [Browen M.: in: Rosenthal S.: "*Supporto medico del paziente con cancro*", W.B. Saunders Co, Philadelphia, pp. 200-215, 1987].

Anche in tempi recenti, le percentuali di sopravvivenza non cambiano: in un lavoro giapponese del 2002, su 41 pazienti, sottoposti a Chemio-Terapia con impiego di Radio-Terapia, la sopravvivenza a 3 anni è di 24% e a 5 anni è del 10% ⁽¹³²⁶⁾ [Ikuo Semine: *Phase II study of twice-daily high-dose thoracic radiotherapy alternating with Cisplatin and Vindesine for unresectable stage III Non-Small-Cell Lung Cancer : Japan Clinical Oncology Group Study 9306*, *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 20, No.3, 2002, pp.: 797-803].

In un altro lavoro successivo, sempre giapponese, del 2004, su 70 pazienti indagati, sottoposti a Chemio-Terapia e a Radio-Terapia, una Completa Risposta si evidenziò solo in 2 pazienti, con una percentuale di sopravvivenza, per tutti i pazienti, a 2 anni del 33% ⁽¹³²⁷⁾ [Yukito Ichinose: *Uracil/Tegafur plus Cisplatin with concurrent Radioterapy for locally advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: a Multi-institutional Phase II Trial*, *Clinical Cancer Research*, Vol. 10, 2004, pp.: 4369-4373].

In un lavoro olandese, del 2004, su 57 pazienti sottoposti a Chemio-Terapia da sola, senza Radio-Terapia, i risultati finali non cambiano: il 50% dei pazienti era ancora vivo dopo 4 mesi circa; la percentuale di sopravvissuti dopo un anno era però già scesa al 32% e nel dicembre del 2002, dopo 2 anni e mezzo dall'inizio della terapia, erano già tutti morti ⁽¹³²⁸⁾ [F.M. Wachters: *Phase II Study of docetaxel and carboplatin as second-line treatment in NSCLC*, *Lung Cancer*, 2004, Vol. 45, pp.255-262]

Carcinoma bronchiale a piccole cellule

George e altri, nel 1986 scrivevano: "...con solo modeste percentuali di remissione, incapacità a lungo termine di azione palliativa (contenimento dei sintomi di malattia), ed un modestissimo numero di sopravvissuti a 2-3 anni di distanza anche tra i pazienti presi negli stadi iniziali di malattia, nessun trattamento con Chemio può essere considerato standard per il carcinoma del polmone a piccole cellule ⁽¹²⁷⁾ [George TK, in: *Cancer*, vol. 58, pp. 1193-1198, 1986].

Nel decennio successivo, Klastersky (1995) fece un riassunto dei più importanti studi che erano stati eseguiti: "...recentemente, sono stati tentati numerosi diversi regimi chemioterapici, nella speranza di migliorare i risultati aumentando l'intensità della dose. Tutti questi sforzi, dal più estremo (Chemioterapia con trapianto di midollo osseo) al più semplice (raddoppiamento delle dosi), sono falliti. Nessun risultato significativo è stato ottenuto per aumento delle dosi chemioterapiche nel trattamento del carcinoma del polmone a piccole cellule, né per combinazione di singoli agenti..." ⁽²²³⁾ [Klastersky J., in *Seminars in Oncology*, vol. 22, Suppl. 2, pp. 11-12, 1995].

Kokron (1982) osservava: ... “*nel gruppo di controllo non trattato con Chemio-Terapia (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari, n.d.t.), evidenti vantaggi erano relativi alla qualità della vita a seguito dell’assenza degli effetti collaterali dei chemioterapici e della più breve durata della fase terminale della malattia...*” ⁽²³²⁾ [Kokron O., in: *Onkologie*, vol. 5, pp. 56-59, 1982].

Secondo un lavoro del 2004 ⁽¹³⁴⁰⁾, che ha preso in considerazione circa 28.000 pazienti, (sia *cancro a piccole cellule* che *cancro non a piccole cellule*), solo il 2% di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall’inizio della Chemio (lavoro disponibile in PDF).

Cancro della mammella

La letteratura medica è piena di lavori che dimostrano la sostanziale inutilità della Chemio-Terapia nella cura del carcinoma mammario^(71, 117, 183, 344, 373, 481) [Chlebowski R.T.: *A decade of breast cancer clinical investigation: results as reported in the program/proceedings of the American Society of Clinical Oncology, Journal of Clinical Oncology*, Vol. 12, No.9, 1994, pp.: 1789-1795];[A prospective randomized trial comparing Epirubicin monochemotherapy to two Fluorouracil, Cyclophosphamide, and Epirubicin regimens differing in Epirubicin dose in advanced breast cancer patients, *Journal of Clinical Oncology*, vol.9, No.2, 1991, pp.: 305-312]; [Hoogstraten B.: *Combination chemotherapy and adriamycin in patients with advanced breast cancer, a Southwest Oncology Group Study*, *Cancer*, 38, pp.. 13-20, 1976];[Petru E.: *No relevant influence on overall survival time in patients with metastatic breast cancer undergoing combination chemotherapy*, *J.Cancer Res.Clin.Oncol.*, 1988, No: 114, pp.: 183-185]; [Romero A: *Vinorelbine as first-line Chemotherapy for metastatic breast Carcinoma*, *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 12, No.2, 1994, pp.:336-341];[Walters R.S.: *A randomized trial of two dosage schedules of mitomycin C in advanced breast carcinoma*, *Cancer*,1992, Vol. 69, No.2, pp.:476-481].

A fronte di tutto ciò, studi multicentrici di sperimentazioni cliniche su donne affette da cancro al seno, pubblicati nel 2003-2004, in merito agli esiti di combinazioni varie di Chemio-Terapie, riportano esiti totalmente inconcludenti: ad esempio con tempo libero di malattia di circa 5 mesi, e mediana di sopravvivenza di 15 mesi ⁽¹⁰⁶⁸⁾ [*Multicentre, phase II study evaluating capecitabine monotherapy in patients with anthracycline and taxane-pretreated metastatic breast cancer*, *Eur. J.Cancer*, 2004; 40(4), PP:536-542], oppure nella cosiddetta “chemio di salvataggio”, con mediane di sopravvivenza libera di soli 8 mesi, con tempo medio di risposta di 4 mesi, e una progressione di malattia entro 5 mesi ⁽¹⁰⁶⁹⁾[*Full dose paclitaxel plus vinorelbine as salvage chemotherapy anthracycline-resistant advanced breast cancer: a phase II study*, *J.Chemother.* 2003,15(6), pp.:607-612], oppure con tempi di sopravvivenza libera da progressione di malattia di 3 anni con mediana di sopravvivenza di circa 1 anno ⁽¹⁰⁷⁰⁾ [*Phase II study of docetaxel in combination with epirubicin an protracted venous infusion 5-fluorouracil (ETF) in patients with recurrent or metastatic breast cancer. A Yorkshire breast cancer research group study*, *Br.J.Cancer*, 2004, 90(11),pp.:2131-2134], oppure con mediana di sopravvivenza di 2 anni ⁽¹⁰⁷¹⁾[*Capecitabine plus paclitaxel as front-line combination therapy for metastatic breast cancer: a multicenter phase II study*, *J.Clin.Oncol.*2004,22(12),pp: 2321-2327], oppure con sopravvivenza libera da progressione di malattia di 8-10 mesi, con mediana di sopravvivenza di 18-19 mesi ⁽¹⁰⁷²⁾[*Phase III study of intravenous vinorelbine in combination with epirubicin versus epirubicin alone in patients with advanced breast cancer: a Scandinavian Breast Group Trial*, *J.Clin.Oncol.*2004, 22(12),pp.:2313-2320]. Infine, l’impiego “compassionevole” della Chemio-Terapia somministrata per bocca: “...An open-label, non randomized, compassionate-use study was carried...”⁽¹⁰⁷³⁾[*Oral capecitabine in anthracycline and taxane-pretreated advanced/metastatic breast cancer*, *Acta Oncol.*,2004,43(2), pp.:186-189].

Secondo il dott. Ulich Abel, non vi è nessuna evidenza diretta che la Chemio-Terapia prolunghi la sopravvivenza; ciò è particolarmente degno di nota, poichè tutte le donne affette da tumore al seno vengono sottoposte a Chemio sia prima che dopo il trattamento chirurgico ⁽¹³⁰⁶⁾ [*Chemotherapy of advanced epithelial cancer*, *Healing Journal*, No.1-2, Vol. 7, 1990, Gerson Institute].

Il dott. Nelson Erlick, direttore dell'ECRI (*Emergency Care Research Institute*), effettuò nel marzo 1996 un'approfondita analisi degli studi pubblicati dalla letteratura medica sul cancro della mammella fino all'anno 1994. Furono studiati 1.500 lavori scientifici.

Basandosi su tutti i dati disponibili, risultò che:

1). Nella fase iniziale della Chemio-Terapia c'è una "Incidenza di Risposta" più elevata con Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo che con la Chemio-Terapia standard. Cioè: la massa del tumore diminuisce ("Incidenza di Risposta"). Però la "Risposta" non dura a lungo e il cancro ricomincia successivamente a progredire.

2) La Chemio-Terapia standard offre alle pazienti con metastasi del cancro alla mammella un "Tempo di Risposta" più lungo (cioè il numero di mesi nel quale la diminuzione della massa tumorale dura più a lungo), e inoltre più pazienti sopravvivono per un anno rispetto a quelli trattati con Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo.

3) La ricerca scientifica su Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo non ha ancora identificato alcun sotto-gruppo della popolazione in cui tale trattamento può garantire un periodo di non-progression del cancro che sia maggiore di quello dei gruppi di controllo.

Fino ad ora, la letteratura medica non ha mai affermato che la Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo possa comportare la guarigione da cancro della mammella.

La Chemio-Terapia Intensiva e Trapianto di Midollo Osseo comporta però un guadagno di circa 150-200 mila Euro-dollari per ogni trapianto di midollo osseo. Senza considerare però l'elevata percentuale di decessi nei mesi successivi al trapianto di midollo osseo, a causa di infezioni mortali da germi, sopravvenute nelle pazienti prive, in quel momento, di difese immunitarie adeguate, causa la pesante Chemio-Terapia effettuata e la mancanza di midollo osseo attivo, poiché non ancora attecchito, nonostante il trapianto effettuato nelle settimane precedenti. Su questo fatto, è importante far rilevare che sul *Wall Street Journal* del 17 novembre 1994, in un articolo di copertina che descriveva la pressione politica esercitata sulle compagnie assicurative, affinché pagassero per i trapianti di midollo osseo in caso di tumore al seno di stadio avanzato, gli esperti fornivano anche qui rapporti totalmente negativi su questo tipo di approccio.

Sempre a proposito invece di tumori della mammella in fase iniziale, Phillip Day, nel suo celebre libro "*Cancro: se vuoi la vita prepara la verità*", alle pagine 20 e 21 riporta l'incredibile testimonianza del Dott. Irwin Bross del Roswell Memorial Park Institute di New York, testimonianza che si riporta per intero:

"...Se si è una donna, alla quale è stato diagnosticato un tumore al seno in fase iniziale (cioè senza evidenza di metastasi), c'è un semplice dato scientifico che bisognerebbe conoscere. Quando un patologo diagnostica una lesione del tipo "tumore al seno in stadio iniziale", più della metà delle volte il patologo sta commettendo un errore, ossia non si tratta realmente di tumore al seno. Quello che la maggioranza delle donne ha realmente, è un tumore che, visto al microscopio illuminato, somiglia al cancro per il patologo. Esistono possibilità che tale tumore non abbia la capacità di metastatizzare...cosa che caratterizza il cancro vero e proprio. Il primo trial clinico controllato al mondo, riguardante le terapie coadiuvanti per il tumore al seno, fu condotto nel mio dipartimento. Il dott. Lesile Blumenson ed io facemmo una sorprendente scoperta: più della metà delle pazienti avevano un tumore, ma essi, all'apparenza, si presentavano piuttosto come lesioni benigne. La nostra scoperta non risultò popolare tra i medici professionisti. Essi non avrebbero potuto mai sopportare di ammettere la verità scientifica perché, a quel tempo, la terapia consisteva nella mastectomia radicale. Ammettere la verità avrebbe potuto condurre le donne, che avevano perso

una mammella a causa di una diagnosi scorretta, ad intraprendere azioni legali per imperizia. I medici del National Cancer Institute, furiosi, ci allontanarono dalla ricerca. Probabilmente riuscirono ad insabbiare le nostre scoperte e a bloccare nuove pubblicazioni. Il tumore al seno e il cancro della prostata sono statisticamente gemelli: quando le funzioni dei due organi sessuali interessati diminuiscono, le cellule spesso divengono anormali e appaiono come cellule tumorali. Il Journal of the American Medical Association ha riferito di valori di sopravvivenza sorprendentemente alti in cancri della prostata non trattati, il che dimostra che 7 tumori su 8 NON erano cancri. Non c'è quindi motivo per le donne di entrare in panico nel momento in cui sentono pronunciare la parola "cancro". E' il panico invece a renderle facili vittime...."

Infine, secondo un lavoro del 2004 ⁽¹³⁴⁰⁾, che ha preso in considerazione oltre 42.000 pazienti, soltanto l'1,5% di loro erano ancora vive dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (lavoro disponibile in PDF).

Carcinoma dello stomaco

Kingston valutò l'efficacia dei chemioterapici rispetto a placebo (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), in pazienti con carcinoma gastrico inoperabile. Il gruppo di 95 pazienti sottoposti a Chemio-Terapia dimostrò di avere un tempo di sopravvivenza medio del tutto sovrapponibile a quello dei pazienti trattati con placebo ⁽²²¹⁾ [Kingston R.D.: Clinical Oncology, vol. 4, pp. 55-69, 1978].

L'unanime valutazione di molti altri autori è che la letteratura medica non evidenzia alcun prolungamento della vita attraverso la Chemio-Terapia, nel caso dei carcinomi dello stomaco ^(178,277,300,358)

[Moertel CG.: Cancer, vol. 36, pp. 675-682, 1975];[Queiber W.: Onkologie, vol. 9, pp. 319-331, 1986];[Hockey M.S.: Slevin and Staquet, Raven Press, New York, pp. 221-240, 1986];[Mc Donald: Seminars in Oncology, vol. 15, Suppl. 3, pp. 42-49, 1988]

Dodici studi randomizzati, che hanno confrontato la Chemio-Terapia post-operatoria con pazienti di controllo (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), hanno dimostrato la sovrapposizione dei tempi di sopravvivenza ^(7,210,171,154).

[Alexander H.L. .in: DeVita: *Cancro, principi e pratica dell'oncologia*, Lippincott and Co., Philadelphia, 1993, 4.a ediz.];[Kelsen D.: Seminars in Oncol., vol. 18, pp. 543-559, 1991];[Hermans J.: J.Clin.Oncol. Vol. 11, pp. 1441-1447, 1993]; [Hallissey M.T.: The Lancet, vol. 343, pp. 1309-1312, 1994].

Negli ultimi 15 anni le cose non sono migliorate. Ad esempio, considerando un lavoro giapponese, del 2004, in cui sono stati presi in considerazione circa 500 pazienti, dal 1985 al 1997, la sopravvivenza fu dell'8% a 2 anni dall'inizio della terapia, e di appena il 2% a 5 anni dall'inizio della Chemio. ⁽¹³¹⁷⁾ [Yoshida M.: *Long-term survival and prognostic factors in patients with metastatic gastric cancers treated with chemotherapy in the Japan Clinical Oncology Group study*, Jpn J. Clin. Oncol. 2004, 34, pp.: 654-9, FREE full text article at: jjco.oupjournals.org].

In altri lavori, le Risposte Complete riguardano sempre e comunque pochissimi casi; ad esempio, in un lavoro americano del 2005, in cui si prendono in considerazione 43 pazienti con cancro dello stomaco e dell'esofago, viene documentata una sola Risposta Completa e 5 Risposte Parziali, con sopravvivenza al 50% dopo circa 6 mesi, al 20% dopo 15 mesi, al 12% dopo 2 anni... ⁽¹³¹⁸⁾

[Enzinger PC. : *A phase II trial of irinotecan in patients with previously untreated advanced esophageal and gastric adenocarcinoma*, Dig. Dis. Sci. 2005, 50, pp.: 2218-2223].

In un altro lavoro del 2006, italiano, su 52 pazienti trattati, la metà era ancora viva dopo un anno dall'inizio della terapia, ma si erano registrati 3 soli casi di Risposta Completa e 15 casi di Risposta Parziale. Siamo in attesa di conoscere la percentuale di sopravvissuti a 2 e 5 anni (¹³¹⁹) [Felici A.: *Bi-weekly chemotherapy with cisplatin, epirubicin, folinic acid and 5-fluorouracil continuous infusion plus g-csf in advanced gastric cancer: a multicentric phase II study*, Cancer Chemother. Pharmacol., 2006, 57, pp.: 59-64; Full Text article at: SpringerLink].

Un altro lavoro, coreano, su 30 pazienti sottoposti a Chemio, si è avuta una sola Risposta Completa e 13 Risposte Parziali, con una mediana di sopravvivenza per tutti i pazienti di 11 mesi. (¹³²⁰) [Lee SH: *Combination chemotherapy with epirubicin, docetaxel and cisplatin (EDP) in metastatic or recurrent, unresectable gastric cancer*, Br. J. Cancer, 2004, 91, pp.: 18-22].

Sempre in un altro lavoro coreano, del 2005, 43 pazienti furono sottoposti a chemio-terapia dal gennaio 2002 a novembre 2002: anche qui la lenta discesa della curva dei sopravvissuti è sovrapponibile a molti altri lavori: 40% circa di sopravvissuti a 9 mesi dall'inizio della terapia, 20% circa di sopravvissuti a 14 mesi dall'inizio della terapia, lieve stabilizzazione del numero di sopravvissuti a 20 mesi circa dall'inizio della terapia, con circa il 18% di sopravvissuti, successiva discesa a meno del 5% dei pazienti ancora vivi dopo 2 anni e mezzo dall'inizio della terapia (¹³²⁴) [Do-Youn: *Docetaxel + 5-Fluorouracil + Cisplatin 3 day combination chemotherapy as a first-line treatment in patients with unresectable Gastric Cancer*, Japanes Journal Clin. Oncol., 2005, 35, pp.: 380-385].

In un altro lavoro, svizzero, del 2004, su 52 pazienti si ebbe una sola Risposta Completa con il 50% dei pazienti ancora vivi dopo 9 mesi, il 24% circa dopo 18 mesi, il 20% dopo 20 mesi, il 18% circa dopo 24-30 mesi, assestandosi intorno al 10% dopo 2 anni. Non riportate, da pubblicazioni successive, le percentuali di sopravvivenza attuali, a 4 anni (¹³²³) [Roth AD: *5-Fluorouracil as protracted continuous intravenous infusion can be added to full-dose docetaxel (Taxotere)-cisplatin in advanced gastric carcinoma: a phase I-II trial*, Ann. Oncol. 2004, 15, pp.: 759-764, FREE full text article at: annonc.oupjournals.org].

In un altro lavoro coreano del 2002, su 35 pazienti sottoposti a Chemio-Terapia, dal 1999 al 2001, si ebbe una sola Risposta Completa e ben 19 Risposte Parziali; ma la percentuale di sopravvissuti ancora vivi dopo dieci mesi era già sceso del 50%, calando poi al 20% dopo 18 mesi. Non riportate, da pubblicazioni successive, le percentuali di sopravvivenza a 5 anni (¹³²⁵) [Eun Kyung Cho: *Epirubicin, Cisplatin, and Protracted venous infusion of 5-Fluorouracil for advanced gastric carcinoma*, Journal Korean Med. Sci., 2002, 17, pp. 348-52].

Infine, secondo un lavoro del 2004 (¹³⁴⁰), che ha preso in considerazione circa 5.000 pazienti con cancro allo stomaco, soltanto lo 0,7% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni dall'inizio della Chemio. Viceversa, su 2.500 pazienti con cancro dell'esofago, circa il 5% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (lavoro disponibile in PDF).

Carcinoma del pancreas

Il tempo medio di sopravvivenza è di 3 mesi, in pazienti sottoposti a Chemio-Terapia, mentre nei pazienti di controllo (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), non sottoposti a Chemio, il tempo medio di sopravvivenza è di circa 4 mesi (¹¹⁸) [Frey C., Cancer, vol. 47, pp. 27-

31, 1981]. Mediante Chemio-Terapia si raggiunsero percentuali di risposta (riduzione della massa tumorale) di oltre il 30% (^{38,285,321,401}) [Scheithauer W.: *Tumor Diagnostik and Therapie*, vol. 5, pp. 44-48, 1984; O'Connel: *Seminars in Oncol.*, vol. 3, pp. 1032-1039, 1985; Meyer: *Tumor Diagnostic and Therapie*, vol. 8, pp. 54-58, 1987; Brennan: .in:DeVita "*Cancro, principi e pratica dell'oncologia*", Lippincott and Co, Philadelphia, 4 a. edizione, pp. 849-882, 1993], ma il tempo di sopravvivenza, rispetto a pazienti NON trattati con Chemio (comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), non cambia.

Volendo considerare lavori scientifici molto più recenti, il discorso non cambia più di tanto; ad esempio, usando nuovi chemioterapici come il Gemcitabine in associazione al Docetaxel, nel 2006, su 43 pazienti tedeschi, soltanto 3 di essi dimostrarono di ottenere una Remissione Completa, ma soltanto 6 pazienti, complessivamente, erano ancora vivi, su 43 iniziali, dopo appena 1 anno dall'inizio della terapia... ma è anche noto che la sopravvivenza a 2 anni e a 5 anni si riduce ulteriormente (¹³⁰⁹ [Ridwelski K.: *Multicenter phase-I/II study using a combination of gemcitabine and docetaxel in metastasized and unresectable, locally advanced pancreatic carcinoma*, Eur. J. Surg. Oncol., 2006, 32, pp.: 297-302, Elsevier Full-Text Article].

In un altro lavoro del 2005, si presero in considerazione 46 pazienti spagnoli, sottoponendoli a Gemcitabine in associazione, questa volta, a 5 Fluro-Uracile, (5 F-U); la media di sopravvivenza libera da malattia fu di soli 3 mesi e mezzo, con il decesso di circa il 75 dei pazienti già dopo il primo anno dall'inizio della terapia; ma anche qui non è dato di sapere la sopravvivenza a 2-5 anni (¹³¹⁰) [Santassusana JM: *A phase II trial of gemcitabine and weekly high-dose 5 fluorouracil in a 48 hours continuous-infusion schedule in patients with advanced pancreatic carcinoma. A study of the Spanish Cooperative Group for Gastrointestinal Tumour Therapy*, Clin. Transl. Oncol. 2005, 7, 493-498, Full Text Article at Clin. Transl. Oncol.].

In altro lavoro scientifico, della *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Gastrointestinal Group*, la sopravvivenza ad un anno è di circa il 30%, ma con successive percentuali di sopravvivenza di circa il 10% a 16 mesi e di circa 1-2% a 2 anni (¹³¹¹) [Lutz MP. *Docetaxel plus gemcitabine or docetaxel plus cisplatin in advanced pancreatic carcinoma: randomized phase II study 40984 of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Gastrointestinal Group*, J. Clin. Oncol., 2005, 23, pp.: 9250-6, Full text article at www.jco.org];

In un altro, invece, vengono fornite le percentuali, che sono anche qui del 30% ad 1 anno dall'inizio della terapia, 10% circa a 18 mesi, stabilizzandosi attorno al 2% dopo 2 anni (¹³¹²) [Ko A: *Phase II study of fixed dose rate gemcitabine with cisplatin for metastatic adenocarcinoma of the pancreas*, J. Clin. Oncol. 2006, 24, pp.379-385].

Neanche con microembolizzazione ed infusione di Cisplatino, Mitoxantrone e Mitomicina si sono ottenuti risultati migliori: infatti, su 265 casi trattati in Germania in 10 anni, dal 1995 al 2005, si è avuta una media di sopravvivenza del 42-58% ad un anno, ma con caduta al 20% dopo 2 anni, calo al 10% dopo 4 anni e stabilizzazione finale della percentuale dei sopravvissuti sotto il 5% dopo 5-6 anni (¹³¹³) [K. Aigner: *Celiac axis infusion and microembolization for advanced stage III/IV pancreatic cancer – a phase II study on 265 cases*, Anticancer Research, 25, pp.: 4407-4412, 2005]. In un altro lavoro, su 68 casi trattati, si ebbe un solo caso di Risposta Completa, 2 Risposte Parziali, con una mediana di sopravvivenza di 8 mesi, in particolare, la mediana di sopravvivenza per pazienti con metastasi epatiche fu di 6 mesi circa, mentre nei pazienti senza metastasi epatiche fu di 9 mesi circa. Nei casi con carcinomatosi peritoneale, la media di sopravvivenza fu di 7 mesi e mezzo, contro i circa 9 mesi dei pazienti senza carcinomatosi peritoneale. Anche qui non viene però riportata la percentuale di sopravvissuti totali a 2 e 5 anni. Si dice solo che a 54 mesi dall'inizio

della terapia (cioè a 4 anni e mezzo) vi era un solo caso di Risposta Completa e 2 soli casi di Risposta Parziale ⁽¹³¹⁴⁾ [Oman M.: *Phase I/II trial of intraperitoneal 5-Fluorouracil with and without intravenous vasopressin in non-resectable pancreas cancer*, *Cancer Chemother. Pharmacol.*, 2005, 56, pp. 603-609; Full text article at SpringerLink].

In un altro lavoro, su 565 pazienti trattati con Chemio, la sopravvivenza libera da progressione fu in media di soli 4 mesi ⁽¹³¹⁵⁾ [Oettle H.: *A phase III trial of pemetrexed plus gemcitabine versus gemcitabine in patients with unresectable or metastatic pancreatic cancer*, *Ann. Oncol.*, 2005, 16, pp.: 1639-1645; Full text article at : annonc.oupjournals.org].

La Chemio data per bocca non ha avuto risultati migliori: in un lavoro del 2005, su 58 pazienti, trattati con Rubitecan per via orale, la percentuale di sopravvissuti a 6 mesi era ancora del 17%, ma ad un anno era già calata al 9% ⁽¹³²¹⁾ [Burriss HA: *Phase II Trial of Oral Rubitecan in previously treated pancreatic cancer patients*, *The Oncologist* 2005, 10, pp.. 183-190. www.TheOncologist.com].

Infine, in un lavoro del 2004, su 48 pazienti sottoposti a terapia dal *North Central Cancer Treatment Group*, USA, solo il 20% era ancora vivo dopo 9 mesi dall'inizio della terapia, stabilizzandosi leggermente nei mesi successivi, ma per poi lentamente decrescere fino ad assestarsi al 10% al termine dello studio, 2 anni dopo. Siamo in attesa di sapere la percentuale finale di sopravvissuti a 5 anni. ⁽¹³²²⁾ [Alberts SR.: *Gemcitabine and ISIS-2503 for patients with locally advanced or metastatic pancreatic adenocarcinoma: a North Central Cancer Treatment Group Phase II Trial*, vol. 22, No.24, 2004, pp.: 4944-4950].

Viceversa, secondo un lavoro del 2004 ⁽¹³⁴⁰⁾, che ha preso in considerazione oltre 5.000 pazienti, *nessuno* di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (lavoro disponibile in PDF).

Cancro renale

La sopravvivenza a due anni dalla diagnosi è notoriamente ritenuta “caso aneddotico” (*anedoctal cases*), o comunque con percentuali di sopravvivenza molto basse, già a due anni dalla diagnosi (10-20%), se sottoposti a Chemio-Terapia ^(1174,1175) [Gattinoni L.: *Renal cancer treatment: a review of the literature*, *Tumori*, 2003, 89(5), pp.: 476-484; Flaningan RC.: *Metastatic renal cell carcinoma*, *Curr. Treat. Options Oncol.* 2003, 4(5), pp.: 385-390].

Secondo un lavoro del 2004 ⁽¹³⁴⁰⁾, che ha preso in considerazione circa 6.000 pazienti, *nessuno* di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (lavoro disponibile in PDF).

Cancro della Prostata

Il 4 novembre 1995, la rivista scientifica *The Lancet* annuncia: “...il 90% dei casi di cancro alla prostata non diventano mai significativi, clinicamente. La percentuale di sopravvivenza a 10 anni tra i pazienti che non avevano ricevuto alcun trattamento (né Chirurgia, né Radio-Terapia, né Chemio-Terapia, né Ormono-Terapia) era del 91,5%, contro il 77% dei pazienti sottoposti a Radio-Terapia...”.

Nota dell'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci: la Radio-Terapia, come noto, distrugge anche le difese immunitarie locali, in primo luogo i linfonodi vicini al tumore, ricchi di Linfociti *Natural-Killer*, purtroppo estremamente sensibili alle radiazioni.

Sempre il *The Lancet*, rincara la dose il 9 dicembre 1995 con l'annuncio-shock:

“...la chirurgia totale per il trattamento del cancro alla prostata riesce. solo a far diffondere la malattia: monitorando 14 interventi chirurgici consecutivi, furono scoperte nel sangue di 12 pazienti cellule tumorali provenienti dalla prostata a seguito dell'operazione. Quegli stessi pazienti non avevano però mostrato alcuna cellula tumorale in circolo nel sangue prima dell'intervento chirurgico”

Secondo un lavoro del 2004 (¹³⁴⁰), che ha preso in considerazione circa 32.000 pazienti, *nessuno* di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (lavoro disponibile in PDF).

Carcinoma ovarico

101 donne trattate con dose standard di Cisplatino hanno mostrato un eguale tempo di sopravvivenza di altre 306 donne trattate invece con elevato dosaggio di Cisplatino (^{22,78}) [Bella M.: Abstract No. 706, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol., vol.11, pp.223, 1992] [Colombo N.: Abstract No. 614, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncology, vol. 12, pp 255, 1993].

Altri studi confermano questi risultati (^{81,329,330}) [Conte P.F.: Abstract No. 880, in: Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. 12, pp 273, 1993]; [Ozols R.F, “Journal of Clinical Oncology”, Vol. 5, pp 641-647, 1987.]; [Ozols R.F.: Seminars in Oncol., vol. 21, Suppl. 2, pp. 1-9, 1994].

Infine, secondo un lavoro del 2004 (¹³⁴⁰), che ha preso in considerazione circa 4.200 pazienti, solo il 9% di loro era ancora viva dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (lavoro disponibile in PDF).

Carcinoma dell'utero e dell'endometrio

Nel caso di metastasi curate con diverse associazioni di chemioterapici si riesce a indurre una percentuale di risposta parziale del tumore di oltre il 40%, ma da studi randomizzati non deriva alcun prolungamento del tempo di sopravvivenza

(^{31,186,327,455,492}) [Williams, C.J.: Raven Press, New York, pp. 417-446, 1986]; [Thigpen J.T.: Cancer, Vol. 60, pp. 2104-2116, 1987]; [Hoskins WJ.in:DeVita:Cancro, principi e pratica dell'oncologia, Lippincott and Co, Philadelphia, 4.a edizione, pp. 1125-1152, 1993]; [Omura G.A.: Seminars in Oncol. Vol. 21, pp. 54-62, 1994]; [Bonomi P.: J.Clin.Oncol., vol.3, pp. 1079-1085, 1985].

Addirittura, in un vasto studio su 260 donne allo stadio IIb e IV, un'associazione di Chemio-Terapia e di Radio-Terapia si è dimostrata addirittura peggiore della sola Radioterapia (⁴⁵⁰) [Tattersall M.H.: J.Clin. Oncol., Vol. 13, pp. 444-451, 1995].

Infine, secondo un lavoro del 2004 (¹³⁴⁰), che ha preso in considerazione circa 6.000 pazienti, *nessuna* di loro era ancora viva dopo 5 anni dall'inizio della Chemio. Viceversa, nel caso del cancro della cervice uterina, su circa 2.500 pazienti, ben il 12% di loro erano ancora vive dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (lavoro disponibile in PDF).

Carcinoma colon-rettale

Secondo Nicholls (³¹⁷) [Nicholls J.: in : Slevin and Staquet, *Studi randomizzati del cancro: un inventario critico per locazioni*, Raven Press, New York, pp. 241-271, 1986] e Kane (204) [Kane

M.J.: *Seminars in Oncology*, vol. 18, pp. 421-442, 1991], i gruppi di pazienti non trattati con Chemio-Terapia (ma comunque con alimentazione libera, senza diete particolari), dimostrano di avere una sopravvivenza superiore a quella dei pazienti sottoposti a Chemio-Terapia.

Hine nel 1984 riscontra una percentuale di sopravvivenza a 5 anni come pari a zero, nel caso di circa 50 pazienti sottoposti a Chemio-Terapia preventiva post-intervento chirurgico ⁽¹⁷⁵⁾ [Hine K.R.: *Prospective randomised trial of early cytotoxic therapy for recurrent colorectal carcinoma detected by serum CEA*, *Gut* 25, pp.: 682-688, 1984].

Anche i risultati raggiunti su 1.523 pazienti, mediante applicazione di Chemio-Terapia in infusione epatica, non dimostrano alcun vantaggio nella sopravvivenza e, in contrasto con l'effettiva intenzione di questi studi, dimostrano addirittura un incremento di metastasi al fegato.

^(301,429, 485) [Soybel D.L.: *Current Problems in Cancer*, vol. 11, pp. 257-356, 1987]; [Weber W.: *SAKK Anticancer Research*, Vol. 13, pp. 1839-1840, 1993]; [Moertel CG.: *The New Engl. J. Med.*, vol. 330, pp. 1136-1142, 1994].

A distanza di quasi 20 anni da allora, la situazione non è migliorata: in un lavoro americano del 2005, su 110 pazienti considerati, si ebbe un solo caso di Remissione Parziale, con una media di sopravvivenza per tutti i pazienti di circa 6 mesi; più impressionante la discesa a cascata a meno del 20% circa dei pazienti liberi da progressione di malattia, che si assesta al 15% circa dopo 4 mesi, per scendere a meno del 5% a 7-8 mesi dall'inizio della terapia; da altro grafico riportato si osserva la lenta, inesorabile discesa dei sopravvissuti a 5, 10 15 e 20 mesi, con percentuali di sopravvivenza finale di circa il 10% dopo 18 mesi ⁽¹³¹⁶⁾ [Rothenberg ML: *Randomized phase II trial of the clinical and biological effects of two dose levels of gefitinib in patients with recurrent colorectal adenocarcinoma*, *J. Clin. Oncol.*, 2005, 23, pp.: 9265-74, Full Text article at: www.jco.org].

Infine, secondo un lavoro del 2004 ⁽¹³⁴⁰⁾, che ha preso in considerazione circa 30.000 pazienti con cancro del colon-retto, soltanto l'1-3% di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (lavoro disponibile in PDF).

Leucemia Linfatica Cronica

In questa patologia, in uno studio polacco effettuato su 229 pazienti sottoposti a Chemio-Terapia, la mediana di sopravvivenza (50%) è di circa 3-4 anni, con la curva di sopravvivenza che si stabilizza leggermente negli anni successivi, con valori di sopravvivenza a 8-9 anni del 30% (per pazienti di età superiore a 65 anni) e del 15-20% per pazienti di età meno anziana, ma comunque adulta.⁽¹¹⁷⁶⁾ [T. Robak: *The effect of subsequent therapies in patients with chronic lymphocytic leucemia previously treated with prednisone and either cladribine or chlorambucil*, *Haematologica*, 90, pp.: 994-996, 2005].

In un altro lavoro durato 10 anni, 78 pazienti su un totale di 134 pazienti originari, furono successivamente seguiti nella seconda fase di terapia, poichè ritenuti ancora idonei per proseguire la Chemio; di essi, la sopravvivenza libera da progressione di malattia risultò essere comunque inferiore ai 3-4 anni per oltre il 75% di questi 78 pazienti. La maggior parte dei 56 pazienti, che non furono dichiarati idonei a proseguire il trial sperimentale con questi 78 pazienti, vennero esclusi per i seguenti motivi: infezione da virus dell'epatite B, da *Listeria monocytogenes*, da Zoster virus, citopenia persistente, anemia emolitica autoimmune, neoplasia non ematologica, emorragia cerebrale, transaminasi persistentemente alte.⁽¹¹⁷⁷⁾ [F.R.Mauro: *Fludarabine + prednisone + alfa-interferon followed or not by alfa-interferon maintenance therapy for previously untreated patients*

with chronic lymphocytic leucemia: long term results of a randomized study, Haematologica 88(12), pp.1348-1355, 2003]

Nota: secondo l'autore del presente lavoro, dott. Giuseppe Nacci, queste esclusioni dai protocolli di cura con Chemio sono molto comuni e tendono a "falsare" i risultati finali.

Leucemia linfoblastica Acuta nell'Adulto

Lavori di Chemio-Terapia di salvataggio per pazienti primariamente refrattari o in ricaduta da Leucemia Linfoblastica Acuta su 135 adulti dimostrano che le percentuali di sopravvivenza tendono a linearizzarsi soltanto dopo il primo anno dalla Chemio, con percentuali di sopravvivenza inferiori al 20%. Dopo 24 mesi, la percentuale di pazienti ancora in vita è inferiore al 10% circa. ⁽¹¹⁷⁸⁾ [Camera A.: *GIMELA ALL –Rescue 97: a salvage strategy for primary refractory or relapsed adult acute lymphoblastic leucemia*, Haematologica, 89(2), pp.145-155, 2004. www.haematologica.org]

Leucemia linfatica Acuta nei bambini

La Leucemia Linfatica Acuta nei Bambini, trattata con Chemio, ha una prognosi meno pesante rispetto agli adulti. Nei bambini, infatti, studi del 1998, su casistiche molto estese (2038 bambini), riferiscono percentuali di sopravvivenza variabili fra il 42% e il 66,8% a 10-12 anni di distanza dal trattamento chemioterapico, con stabilizzazione della curva di mortalità verso il quinto-sesto anno dalla cura con Chemio. ⁽¹¹⁷⁹⁾ [R. Consolini: *Clinical relevance of CD10 expression in childhood ALL*, Haematologica 83, pp.: 967-973, 1998]

Nota: poiché la Chemio è notoriamente inefficace su gran parte dei tumori, ci si chiede come mai la Chemio risulti essere così efficace nella Leucemia Linfatica Acuta. Si rammenta che molti farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica Acuta, al Linfoma di Hodgkin o a quello Non Hodgkin. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore. (vedi dopo).

Leucemia Mieloide Cronica

Si riportano i seguenti dati, estrapolati su 1.084 pazienti, tutti sottoposti a Chemio-Terapia, e quasi tutti trapiantati con cellule staminali del midollo osseo: rispetto alla Leucemia Mieloide Acuta, la mediana di sopravvivenza è migliore, con circa il 60% dei pazienti ancora vivi a 24 mesi e una curva di sopravvivenza che tende a stabilizzarsi su valori leggermente inferiori negli anni successivi. Diversa invece la situazione nei pazienti con Leucemia Mieloide Cronica in fase progressiva, dove il 50% dei pazienti risulta essere ancora vivo dopo soli 12 mesi, percentuale che scende a circa il 35 % dopo 24 mesi, stabilizzandosi successivamente intorno al 30% circa. ⁽¹¹⁸⁰⁾ [De Souza: *Validation of the EBMT risk score in chronic myeloid leucemia in Brazil and allogeneic transplant outcome*, Haematologica, 90, pp.: 232-237, 2005. www.haematologica.org]

Leucemia Mieloide Acuta

Negli anziani, in studio del 2004, su 621 pazienti anziani, di età superiore a 60 anni, tutti sottoposti a Chemio-Terapia, risulta che la mediana di sopravvivenza (50%) è di appena 5-7 mesi. Con una Chemio-Terapia aggressiva, meno del 10% risultavano ancora vivi dopo 20 mesi; viceversa, con un

approccio conservativo (Chemio a basso dosaggio), dopo 20 mesi era vivo ancora il 20% circa dei pazienti, che però calava anch'esso al 10% dopo ulteriori 20 mesi. Entrambe le curve declinano a meno del 2-5% di sopravvissuti nei mesi successivi. ⁽¹¹⁸¹⁾ [Pulsioni A.: *Survival of elderly patients with acute myeloid leukaemia*, Haematologica, 89, pp.: 296-303, 2004; www.haematologica.org].

In un altro studio del 2004, su 258 pazienti anziani, sempre affetti da Leucemia Mieloide Acuta e sottoposti a Chemio-Terapia con autotrapianto di cellule staminali, la mediana di sopravvivenza (50%) sale ad appena 8 mesi, e a 24 mesi risulta essere vivo circa il 23-24% di tutti i pazienti. Tale percentuale declina quindi ulteriormente a 36 mesi e a 48 mesi (4 anni), dove sembra finalmente stabilizzarsi sul 10% circa di sopravvissuti. ⁽¹¹⁸²⁾ [Oriol A.: *Feasibility and results of autologous stem cell transplantation in de novo acute myeloid leukemia in patients over 60 years old. Results of the CETLAM AML-99 protocol*, Haematologica, 89, pp.: 791-800, 2004; www.haematologica.org].

Mieloma Multiplo

Circa il 25% dei pazienti sopravvive al quinto anno dal trattamento con Chemio-Terapia, meno del 5% è ancora vivo dopo 10 anni. ⁽¹¹⁸³⁾ [Kenneth C. Anderson: *Management of Multiple Myeloma Today*, Seminars in Hematology, vol. 36, No.1, suppl.3, 1999].

Viceversa, secondo un lavoro del 2004 ⁽¹³⁴⁰⁾, che ha preso in considerazione circa 2.700 pazienti, *nessuno* di loro era ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio della Chemio (lavoro disponibile in PDF).

Linfoma di Hodgkin

In un lavoro del 2003, si sono presi in considerazione 97 pazienti, tutti sottoposti a Chemio-Terapia, Radio-Terapia e a trapianto di cellule staminali, in un arco di tempo di 18 anni: dal 1982 al 2000. Nei pazienti con Linfoma chemio-resistente, la mediana di sopravvivenza (50%) è solo di 2 anni, con stabilizzazione della curva di sopravvivenza al 30% dopo il quinto anno dal trattamento. Nei pazienti, invece, con Linfoma chemio-sensibile, si assiste ad una lenta discesa della curva di sopravvivenza che però si stabilizza molto bene al sesto anno, con percentuale di sopravvissuti del 60%, e permanendo invariata nei 10 dieci anni successivi. Si ritiene che tale curva non tenda a modificarsi ulteriormente. ⁽¹¹⁸⁴⁾ [P.L. Zinzani: *High-dose therapy with autologous transplantation for Hodgkin's disease: the Bologna experience*, Haematologica, 88, (05), pp.: 522-528, 2003; www.haematologica.org].

Nota: poiché la Chemio è notoriamente inefficace su gran parte dei tumori, ci si chiede come mai la Chemio risulti essere così efficace nel Linfoma di Hodgkin. Si rammenta che molti farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica Acuta, al Linfoma di Hodgkin o a quello Non Hodgkin. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore.

Estremamente importante la dimostrazione che le cellule di Reed Sternberg sono caratteristiche non solo del Linfoma di Hodgkin, ma anche della Mononucleosi infettiva del virus di Epstein Barr ⁽¹²⁹²⁾[J.Kurtin: *Interfollicular Hodgkin's disease*, Society for Hematopathology, Hematopathology Specialty Conference, 1996, Discussion, - Case # 5, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA <http://researchpath.hitchcock.org/socforheme/specialty/Spechem965.html>]

In questo lavoro si dichiarava, già allora, che le cellule di Reed-Sternberg sono diverse da quelle del Linfoma di Hodgkin. Sotto vetrino, con reazione di immuno-perossidasi in sezioni paraffinate, le

cellule di Reed-Sternberg, presenti nel Linfoma di Hodgkin interfollicolare, sono fenotipicamente identiche a quelle di Hodgkin nei linfomi in stadio di: sclerosi nodulare, cellularità mista, o di depressione linfocitaria. Infatti esibiscono tutte sia positività ad anticorpi anti-CD 15 (Leu-M1), sia ad anticorpi anti-CD30 (Ber-H2), sia ad anticorpi anti-CD45 (antigene comune dei leucociti), sia ad anticorpi anti-KiB3 (¹²⁹³) [Wilson CS: *Malignant lymphomas that mimic benign lymphoid lesion: a review of four lymphomas*, Semin. Diag. Pathos. 1995, 12(1), pp: 77-86]; (¹²⁹⁴) [Fellbaum C.: *Monoclonal antibodies k1B3 and Leu-M1 discriminate giant cells of infectious mononucleosis and of Hodgkin's disease*, Hum Pathos. 1988, 19, pp: 1168-1173]. Le cellule di Reed-Sternberg sono linfociti altamente reattivi che elaborano una varietà di citokine e di fattori di crescita. Secondo questo articolo, è convincente l'ipotesi che l'iperplasia follicolare sia indotta dalle cellule di Reed-Sternberg come parte di una risposta reattiva al Linfoma di Hodgkin). Secondo Doggett (¹²⁹⁵) [Doggett R.: *Interfollicular Hodgkin's disease*, Am. J. Surg. Pathos. 1983, 7, pp.: 145-149], la fase di malattia interfollicolare di Hodgkin, dev'essere vista come un riflesso di involuzione parziale del nodulo malato, e non come un sotto-tipo distintivo della malattia. In biopsie eseguite su pazienti, si vedono stadi diversi di linfonodi: sclerosi nodulare, cellularità mista, e aree interfollicolari. Le forme di Linfoma di Hodgkin con quadro di iperplasia follicolare devono essere quindi differenziate da diverse malattie, fra cui, in particolare, le "reazioni immunoblastiche para-corticali":

1.a) reazioni immunitarie contro vari virus, incluso quello di Epstein Barr (¹²⁹⁶) [Child CC: *Infectious Mononucleosis. The spectrum of morphologic changes simulating lymphoma in lymph nodes and tonsils*. Am.J.Surg.Pathol. 1987; 11(2), pp.: 122-132];

1.b) linfadeniti post-vaccinali (¹²⁹⁷) [Hartsock RJ.: *Postvaccinial lymphadenitis: Hyperplasia of lymphoid tissue that simulates malignant lymphomas*, Cancer 1968, 21, pp.: 632-649];

[1.c) linfadenopatie di disordini auto-immunitari come la malattia di Still dell'adulto (¹²⁹⁸) [Valente RM: *Characterization of lymph node histology in adult onset Still's disease*. J.Rheumatol. 1989, 16, pp.: 349-354];

1.d) Lupus Eritematoso Sistemico (LES)

1.e) linfadenopatia associata a ipersensibilità a farmaci (¹²⁹⁹) [Abbondanzo SL: *Dilantin-associated lymphadenopathy. Spectrum of histopathologic features*, Am. J. Surg. Pathol. 1995, 19(6), pp.: 675-686]; (¹³⁰⁰) [Saltstein SL: *Lymphadenopathy induced by anticonvulsant drugs and mimicking clinically and pathologically malignant lymphomas*, Cancer 1959, 12, pp: 164-182].

Tutte queste patologie possono essere associate ad iperplasia para-corticale e follicolare.

Tutte queste condizioni di patologia benigna devono essere separate dal linfoma inter-follicolare di Hodgkin.

Ma nella Mononucleosi infettiva, un subset di immunoblasti può avere caratteristiche citologiche virtualmente identiche alle cosiddette cellule di Reed-Sternberg

La diagnosi di Linfoma di Hodgkin è supportata dalla positività al test immuno-reagente degli anticorpi anti CD-15, e dalla negatività al test immuno-reagente fatto con gli anticorpi anti-CD 45.

Nel Linfoma di Hodgkin dove vi sono le cellule di Reed-Sternberg, la immuno-reattività all'anticorpo anti- CD 15 è di circa il 15-20%.

Viceversa, tutte le reazioni immuno-blastiche benigne viste precedentemente, risultano essere negative con il test anti-CD15, e viceversa positive con il test anti-CD 45.

Immunoblasti atipici, reattivi al virus di Epstein Barr, sono però simili fenotipicamente alle cellule del Linfoma di Hodgkin secondo Reynolds (¹³⁰¹), che ha osservato che la distinzione tra Mononucleosi infettiva e Linfoma di Hodgkin è fattibile in base ai seguenti 3 punti:

- 1.a) Immuno-reattività al CD15 (se Linfoma di Hodgkin)
 - 1.b) Assenza di immunoreattività al CD15 per gli immunoblasti reattivi al virus di Epstein Barr.
 - 2.a) Presenza di piccoli linfociti T a “collarete” attorno alle cellule di Hodgkin.
 - 2.b) Assenza dei piccoli linfociti T a “collarete” nella Mononucleosi infettiva da virus di Epstein Barr.
 - 3.a) presenza di proteina di Epstein Barr nelle infezioni virali.
- (¹³⁰¹) [Reynolds DJ: *New characterization of infectious mononucleosis and a phenotypic comparison with Hodgkin's disease*, Am J. Pathos. 1995, 146(2), pp.: 379-388].

L'immuno-fenotipo delle cellule di Reed–Sternberg è molto variabile, ciò dovrebbe indurre *cautela* ad interpretare la presenza di queste cellule in relazione alla diagnosi di Linfoma di Hodgkin o Linfoma NON Hodgkin essendo stata provata la poca affidabilità, nello stesso paziente, dell'utilizzo di anticorpi CD-3, DAKO-M1 (CD15), L26 (CD 20), BerH2 (CD 30), MT1 (CD 43), DAKO-LCA (CD45RB), UCHL1 (CD45R0), LN2 (CD74) e DAKO-EMA (¹³⁰²) [Wei-Sing Chu: *Inconsistency of the immunophenotype of Reed-Sternberg cells in simultaneous and consecutive specimens from the same patients*, American Journal of Pathology, vol. 141, No.1, 1992, pp: 11-17].

Un altro lavoro che documenta la problematica diagnostica delle cellule di Reed-Sternberg nel Linfoma di Hodgkin *versus* Mononucleosi infettiva, è quello di Bitsori (¹³⁰³) [Bitsori M.: *Reed-Sternberg cells in atypical primari EBV infection*, Acta Pediatrica, Vol. 90, No.2, 2001, pp: 227-229,3]. In particolare, la stessa distribuzione dell'anticorpo Leu MI (CD15) non è affidabile (¹³⁰⁴) [Sewell HF: *Reaction of monoclonal antiLeu M1 - a myelomonocytic marker (CD15) –with normal and neoplastic epithelia 1987*, Journal of pathology, Vol. 151, No.4, pp.: 279-284].

Infine, si riporta la questione della diagnosi differenziale fra Sarcoidosi e gli stessi linfomi, essendo la prima, molto spesso una conseguenza della Chemio (¹³⁰⁵) [Dickerman Hollister: *Sarcoidosis mimicking progressive Lymphoma*, Journal of Clinical Oncology, 2005, pp.: 8113-8116].

Linfoma NON Hodgkin

In un lavoro del 2005, si sono presi in considerazione 374 pazienti, tutti sottoposti a Chemio-Terapia. In base alla *International Prognostic Index* (IPI), sono stati suddivisi in 4 gruppi: a basso rischio, a basso-intermedio rischio, ad alto-intermedio rischio, e infine ad alto rischio. Le diverse curve di sopravvivenza ottenute non si discostano significativamente da quanto già noto in letteratura medica:

- 1) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 1 anno per i pazienti ad *alto* rischio, con percentuale di sopravvissuti di circa il 10% dopo il quinto anno, con curva ancora in calo negli anni successivi;
- 2) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 3 anni per i pazienti a rischio *alto-intermedio*, con percentuale di sopravvissuti di circa il 25% dopo il sesto anno;
- 3) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 4 anni per i pazienti a rischio *basso-intermedio*, con percentuale di sopravvissuti di circa il 40% dopo il sesto anno; di circa il 37% dopo il settimo anno;
- 4) mediana di sopravvivenza (50%) di circa 8 anni per i pazienti a *basso* rischio, con percentuale di sopravvissuti leggermente più bassa negli anni successivi. (¹¹⁸⁵) [M.van Agthoven: *Cost determinants in aggressive non-Hodgkin's lymphoma*, Haematologica, 90(5), pp.: 661-672, 2005].

Nota: poiché la Chemio è notoriamente inefficace su gran parte dei tumori, ci si chiede come mai la Chemio risulti essere così efficace nel Linfoma NON Hodgkin. Si rammenta che alcuni farmaci possono erroneamente dare quadri ematologici simili alla Leucemia Linfatica Acuta, al Linfoma di Hodgkin o a quello Non Hodgkin. Ma anche la stessa risposta immunitaria del paziente contro germi o virus (es: Mononucleosi) può erroneamente condurre alla diagnosi di tumore. Si riporta a titolo d'esempio quanto scritto su un libro di Medicina (¹³⁰⁷), Savagno L.: *I Linfomi Non Hodgkin*, Piccin Editore, pp.: 202:

“...la traslocazione è necessaria ma non sufficiente per la trasformazione neoplastica dei linfociti B. Il lettore deve concordare che la monoclonalità sia in genere un segnale di malignità; tuttavia questa non rappresenta una regola assoluta e priva di eccezioni: infatti abbiamo già rilevato come all’inizio di una intensa e specifica reazione immune (difensiva), i linfociti proliferano esprimendo un’attivazione uniforme, e solo un freno che interviene fisiologicamente più tardi rende autolimitante la proliferazione reattiva. Un esempio clinico illuminante viene dal caso di FR, un giovane di 28 anni, che per una tonsillite necrotizzante con adenopatie satelliti venne sottoposto a biopsia nel 1984. La diagnosi di 3 diversi patologi suggeriva un linfoma maligno con qualche marginale differenza classificativi tra l’uno e l’altro. Uno di questi patologi aveva anche riscontrato la monoclonalità dei linfociti tonsillari. Quando l’oncologo medico lo vide, esisteva ancora – prima di qualsiasi trattamento antitumorale o radiante – un linfonodo di 2 cm di diametro al gonion, mentre la lesione tonsillare si era spontaneamente ripianata, durante un trattamento sulfamidico. Un citoaspirato linfonodale dimostrò un tappeto omogeneo di linfoblasti atipici e spesso in mitosi, con aspetto francamente maligno. Due giorni dopo, al momento di dare la risposta, il linfonodo si era ridotto, ed aveva un diametro massimo di mezzo centimetro; si praticò allora un nuovo citoaspirato, che dimostrò che a questo punto non vi erano più i linfoblasti atipici e vivacemente proliferanti, ma a quelli si era sostituita una popolazione cellulare completamente diversa, formata quasi interamente da plasmacellule mature. Questo fatto (l’evoluzione tipica dei linfociti in blasti, che poi si trasformavano in plasmacellule) fece interpretare correttamente tutto l’episodio come una malattia flogistica-reattiva, e non neoplastica; si desistette perciò da qualsiasi trattamento antitumorale e il giovane sta ora avviandosi tranquillamente all’età matura senza traccia di linfoma, ad oltre dieci anni dall’episodio. Morale: la monoclonalità è una caratteristica quasi costante nelle neoplasie, ma da sola non basta per una diagnosi di assoluta sicurezza...(¹³⁰⁷)”

Conclusione

Paul Wintre mostra una visione più cruda dei fatti e spiega così la dinamica del sistema:

“E’ improbabile che qualche medico interrompa consapevolmente una terapia oncologica per proteggere i suoi affari o la sua carriera. Ma ogni medico ha le sue idee in merito al miglior trattamento, sulla base di quanto ha appreso. Tuttavia, le Multinazionali Chemio-farmaceutiche hanno un’influenza estremamente marcata su quanto viene insegnato ai medici. I medici hanno troppo da fare per approfondire le statistiche sui trattamenti del cancro, e danno per scontato che ciò che viene loro insegnato all’Università, o ciò che viene dimostrato nelle pagine delle riviste di aggiornamento, sia il miglior trattamento possibile, poiché scientificamente dimostrato. Né possono permettersi il sospetto che tali trattamenti rappresentino la cosa migliore solo per le Multinazionali Chemio-farmaceutiche, che esercitano la loro influenza sulle “istituzioni culturali mediche di livello elevato”, a loro appartenenti ...”

(Winter, Paul: the cacell Home page, <http://www.best.com/handpen/Cancell/cancell.htm>).

Così, sostenendo la tesi che la Chemio-Terapia NON è curativa e che realmente ha scarsa efficacia sulle forme più diffuse di cancro, il dott. Martin F. Shapiro affermava sul Los Angeles Times, il 9 gennaio 1991:

“...mentre alcuni oncologi informano i loro pazienti sulla mancanza di prove che la terapia abbia efficacia, altri potrebbero essere stati sviati da documenti scientifici che esprimono ottimismo senza garanzie sulla Chemio-Terapia. Altri ancora sono sensibili agli incentivi economici. I medici possono guadagnare molto più denaro portando avanti pratiche di Chemio-Terapia di quanto possano apportando sollievo e conforto a pazienti in fin di vita e alle loro famiglie...”.

E il dott. Samuel Epstein, il 4 febbraio 1992, dichiara:

“...esprimiamo la preoccupazione che il sistema generosamente fondato per la lotta contro il cancro, il National Cancer Institute (NCI), l’American Cancer Society (ACS) e circa altri venti centri per il trattamento del cancro, abbiano sviato e confuso il pubblico e il Congresso (degli Stati Uniti) attraverso ripetute dichiarazioni in base alle quali si starebbe per vincere la guerra al cancro...”.

Di fronte alla Chemio-Terapia, l’autore del presente lavoro, Dott. Giuseppe Nacci, non può quindi fare a meno che rivendicare la piena libertà di terapia e quindi, nella piena rivendicazione medica di piena autonomia tecnica nella scelta e nell’applicazione dei presidi diagnostici e terapeutici (art. 12 del Codice di Deontologia Medica), ricollegarsi a quanto già lucidamente espresso in letteratura giuridica, dove, nel testo di Amedeo Santosuosso: *Libertà di cura e libertà di terapia. La medicina tra razionalità scientifica e soggettività del malato*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998, a pagina 57 (¹³⁰⁸), così viene enunciato il fatto, sia pure non direttamente collegato alla Chemio-Terapia.

“...La libertà di valutazione del medico trova la sua norma di chiusura nell’articolo 19, intitolato “Rifiuto d’opera professionale”: secondo questo articolo, che riproduce sostanzialmente il testo del precedente Codice deontologico, il medico, qualora venga richiesto di interventi sanitari che contrastino con la sua Coscienza o con il suo Convincimento Clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo atteggiamento non sia di grave e immediato nocimento al paziente...”

Del resto, il “Principio della libertà terapeutica del medico” è così sancito dalla Cassazione (sent. n.301/2001, sezione IV, depositata il 25 gennaio 2005), che ribadisce il principio della libertà terapeutica del medico, secondo quanto stabilito:

“è corretto valorizzare l’autonomia del medico nelle scelte terapeutiche, perché l’arte medica, mancando per sua natura di protocolli scientifici a base matematica, spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l’esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere con attenta valutazione di una quantità di varianti che solo il medico può apprezzare; tale valore di libertà nelle scelte terapeutiche non può essere avventata né fondata su semplici esperienze personali. Una volta effettuata la scelta, il medico deve restare vigile osservatore dell’evolversi della situazione, in modo da poter intervenire immediatamente in caso di urgenza, qualora capisca che la scelta fatta non era quella appropriata; quanto tutto ciò sia stato realizzato, il medico non può rispondere di un eventuale insuccesso; il giudice, per valutare la correttezza della scelta terapeutica operata dal medico e l’eventuale imperizia del suo operato, deve operare un giudizio “ex ante”, collocandosi cioè mentalmente nel momento in cui il medico viene chiamato a operare la scelta e considerando anche la consistenza scientifica di questa”.

il FALLIMENTO UFFICIALE della CHEMIO

Publicato nel 2004 lavoro scientifico australiano che prende in esame dieci anni di statistiche mediche australiane e americane (gennaio 1994-gennaio 2004) sui risultati della CHEMIO nella cura del cancro.

I risultati, usciti dallo spoglio di un campione immenso e più che rappresentativo di circa 227.800 casi di tumore, sono catastrofici: solo il 2% dei pazienti sottoposti alla chemio risulta essere ancora vivo dopo 5 anni dall'inizio del trattamento "terapeutico".

L'articolo è molto semplice come impostazione e, sia in tabella 1 (pp.551) che in tabella 2 (pp.552) sono riportate, in ultima colonna, queste percentuali di sopravvissuti alla CHEMIO dopo 5 anni dall'inizio del trattamento:

percentuale di sopravvissuti dello zero per cento: cancro del pancreas, cancro dell'utero, cancro della prostata, cancro della vescica, cancro del rene, Melanoma, Sarcoma e Mieloma Multiplo;

percentuale di sopravvissuti dell'1%: cancro dello stomaco e del colon;

percentuale di sopravvissuti del 2%: cancro della mammella e del polmone;

percentuale di sopravvissuti del 3-5%: cancro del retto;

percentuale di sopravvissuti del 4-5%: tumori al cervello;

percentuale di sopravvissuti del 5%: cancro dell'esofago;

percentuale di sopravvissuti del 9%: cancro dell'ovaio;

percentuale di sopravvissuti del 10%: linfoma NON Hodgkin;

percentuale di sopravvissuti del 12%: cancro della cervice uterina;

percentuale di sopravvissuti del 40%: tumore del testicolo e Linfoma di Hodgkin.

Tratto da: Morgan G.: *The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies*, Clinical Oncol., 2004, 16, pp.: 549-560

In base a questo lavoro, si riassumono qui di seguito alcune domandine che il paziente dovrebbe avere il coraggio di fare all'Oncologo, quando questi gli propone di fare la chemio:

DOMANDE:

E' vero che su oltre 5.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro del collo e della testa**, solo il 2% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 1.500 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro dell'esofago**, solo il 5% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su 3.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro dello stomaco**, solo 20 di loro (pari cioè allo 0,7%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su circa 14.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO **per cancro dell'intestino**

(colon) , solo 146 (pari cioè all' 1%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 5.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro del retto**, solo il 3% di loro erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 3.500 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro del pancreas**, nessuno di loro era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 20.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro del polmone**, solo 410 di loro (pari cioè al 2%) era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 850 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **SARCOMA**, nessuno di loro era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 8.500 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **MELANOMA**, nessuno di loro era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 30.000 donne americane sottoposte a CHEMIO per **cancro della mammella**, solo 446 di loro (pari cioè allo 1,4 %), erano ancora vive dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 4.500 donne americane sottoposte a CHEMIO per **cancro dell'utero**, nessuna di loro era ancora viva dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 3.000 donne americane sottoposte a CHEMIO per **cancro dell'ovaio**, solo il 9% di loro erano ancora vive dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 1.800 donne americane sottoposte a CHEMIO per **cancro della cervice uterina**, solo il 12% di loro erano ancora vive dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 23.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro della prostata**, nessuno di loro era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 3.000 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **cancro dei reni**, nessuno di loro era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 1.800 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **tumore al cervello**, solo il 68 di loro (pari cioè al 3,7%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 1.700 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **MIELOMA MULTIPLO**, nessuno di loro era ancora vivo dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 6.200 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **LINFOMA NON HODGKIN**, solo il 653 di loro (pari cioè al 10%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su oltre 800 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **LINFOMA di HODGKIN**, solo 341 di loro (pari cioè al 40%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

E' vero che su circa 900 pazienti americani sottoposti a CHEMIO per **tumore del testicolo**, solo 373 di loro (pari cioè al 40%) erano ancora vivi dopo 5 anni ?

Biografia dell'Autore

Giuseppe Nacci nasce a Trieste nel 1964. Laureatosi in Medicina e Chirurgia a Trieste nel 1991, si specializza successivamente in Medicina Nucleare presso l'Università di Milano. Nel 2000 pubblica il libro *“La Terapia dei Tumori con Gadolinio 159 in Risonanza Magnetica Nucleare”*, in vista di un possibile impiego dell'isotopo radioattivo in Adroterapia, e di cui ottiene il Brevetto di produzione per la molecola Gadolinio 159-Biotina (No. 01313103).

Ma la Vita è mutevole nei suoi accadimenti, e nel 2001 vicende improvvise e drammatiche lo costringono a rivedere completamente le proprie cognizioni di MEDICINA, portandolo su un nuovo e diverso percorso, che lo obbliga a dieci lunghi anni di studio nel campo della BOTANICA, e più precisamente nell'impiego delle Piante Medicinali FRESCHE per indurre l'Apoptosi nelle cellule umane tumorali maligne, caratterizzate, come noto, da Aberrazioni cromosomiche (mutazioni genetiche).

Nel 2009/2010, presso la Facoltà di Farmacia dell'Università di Siena, consegue il Master di Secondo Livello in Fitoterapia con la TESI in ambito oncologico *“Dodici Casi clinici di Terapia Metabolica”* (www.pieronuciari.it/wp/nacci/).

L'esperienza medica sul campo, presso un piccolo ambulatorio privato di Trieste, benchè arricchita nel 2007 dalla pubblicazione del libro *“Diventa Medico di Te Stesso”* della “Editoriale Programma” di Treviso, si conclude nell'Aprile del 2011, quando il dott. Giuseppe Nacci cessa di prendere in cura pazienti, a seguito dell'entrata in vigore, dal primo Maggio 2011, delle nuove leggi dell'Unione Europea che proibiscono, da allora, l'uso terapeutico delle Piante Medicinali FRESCHE.

Rimangono così due libri di questa lunga e sofferta esperienza “sul campo”: *“Guariti dal Cancro senza Chemio: 23 casi clinici documentati di guarigione”* e *“Cancer Therapy: 23 Clinical Cases of Malignant Tumours cured without Chemo-Therapy”*, entrambi pubblicati dalla “Editoriale Programma” di Treviso, accanto ad un libro sulla minaccia rappresentata in tutto il mondo dalle centrali nucleari (*“Centrali nucleari: Chernobyl, Krsko, Fukushima. Conoscere il passato per preservare il futuro”*), e un libro sul diabete (*“Come affrontare il Diabete”*), anche questi pubblicati presso la “Editoriale Programma” di Treviso.

Dal 2013 riprende i suoi vecchi studi di Geologia, di Astronomia e di Greco antico, che aveva trascurato dopo i tempi del Liceo e dell'Università, affrontando così il grande mistero dell'ATLANTIDE, analizzato dal punto di vista scientifico.

Di esso è uscito nel 2018, sempre presso la “Editoriale Programma” di Treviso, il primo dei cinque libri previsti sull'argomento: *“L'Ultima Guerra di Atlantide, Vol. Primo: il Mondo Perduto”*, 364 pagg.

Nel Maggio 2020 ha pubblicato il libro *Primo Maggio 2011, la lunga Notte* (90 pagine), scaricabile gratuitamente da INTERNET (www.pieronuciari.it/wp/nacci/), anche in versione inglese (*First May 2011, the long Night*).

Altri siti in merito al libro *Primo Maggio 2011, la lunga Notte* (90 pagine), scaricabile gratuitamente da INTERNET:

<http://www.docplayer.it/195054187-Primo-maggio-2011-la-lunga-notte.html>

www.docplayer.it/195054187-Primo-maggio-2011-la-lunga-notte.html

<http://docplayer.it/195054187-Primo-maggio-2011-la-lunga-notte.html>

Il 3 Gennaio 2021, a seguito di ripetute scosse sismiche a Petrenja, vicino Zagabria, pubblica sul Sito INTERNET “Ambiente Bio” un breve documento in lingua italiana sulla minaccia rappresentata dalla centrale nucleare slovena di Krsko, con ALLEGATO testo in ENGLISH *Threat of nuclear power Station of Krsko*, del 2008, di 132 pagine, completo di immagini e mappe a colori.

Nel Maggio 2021 ha pubblicato in PDF, liberamente scaricabile da diversi Siti INTERNET, il libro in ENGLISH “*Nacci 2021 Threat of Krsko*”, di 150 pagine, ampliato in diverse sue parti rispetto alla precedente versione del 2008, in particolare riguardo ai danni genetici di Chernobyl.

Nel Febbraio/Maggio 2021 pubblica in INTERNET il libro in Italiano “*Fisica Eretica. Flusso Catalizzatore al Deuterio-Palladio sotto Campo Magnetico Pulsato*”, (www.pieronuciari.it/wp/nacci/).

Il 15 Giugno 2021 pubblica sul *Corriere di San Severo* un breve documento tecnico-scientifico di 12 pagine intitolato “*FUKUSHIMA 2021. RISCHIO PIKA-DON*”, in seguito ripreso anche da altri Siti INTERNET

<http://www.corrieredisansevero.it/2021/06/15/fukushima-2021-rischio-pika-don-di-giuseppe-nacci-di-trieste/>

<http://www.radical-bio.com/geopolitica/fukushima-2021-rischio-pika-don/>

www.pieronuciari.it/wp/nacci/

Il Dott. NACCI, il 25 Ottobre 2021, a seguito dei gravi fatti avvenuti il 18 Ottobre 2021 al Varco Quattro del Porto Franco di Trieste, pubblica la sua Seconda Lettera aperta al Partito Comunista Italiano, articolata su Sedici Punti di Programma

Sedici Punti di Programma per i Compagni e le Compagne

Punto uno. Uscita dell'Italia dalla NATO. Adottare una Politica neutrale sul modello svedese.

Punto due. Uscita dell'Italia dall'Unione Europea e restituzione alla Banca d'Italia del suo Oro.

Punto tre. Uscita dell'Italia dall'Euro. Nuova moneta dell'Italia legata all'Oro della Banca d'Italia.

Punto quattro. Intesa con gli Stati Uniti per la messa al bando degli OGM (*).

Punto cinque. Intesa con gli Stati Uniti per la messa al bando della Chemio (**).

Punto sei. Intesa con gli Stati Uniti per la messa al bando dei Grassi Idrogenati (***)

Punto sette. Nazionalizzazione delle Banche in tutto il mondo. Fine del mercato borsistico.

Punto otto. Nazionalizzazione degli Ospedali, e passaggio dalle ASL alle USL.

Punto nove. Se una Fabbrica licenzia i suoi Operai, nazionalizzazione della Fabbrica.

Punto dieci. Difesa ad oltranza dell'Agricoltura italiana, primo Patrimonio nazionale.

Punto undici. Informare i Compagni sull'uso della Febbre come fattore anti-COVID 19 (****).

Punto dodici. Informare i Compagni sull'uso della Vitamina C per provocare la Febbre (****).

Punto tredici. Sindacato Comunista sotto la protezione del Partito Comunista Italiano.

Punto quattordici. Aprire in tutta Italia MILLE sedi provinciali del Sindacato Comunista.

Punto quindici. Fissare un Euro, come tassa d'iscrizione annuale per ogni Aderente.

Punto sedici. Non esiste il NUCLEARE PULITO. No al Nucleare (vedi NACCI Giuseppe *La minaccia della centrale nucleare di Krsko* 2008, *Threat of nuclear power Station of Krsko* 2021).

(*) Vedi CONGRESSO SANA Bologna, in *Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio 2011 e Thousand Plants against Cancer without Chemo-Therapy* May 2010, del 13/9/2008, (ENGLISH, ITALIANO, ESPANOL, DEUTSCH) su “La minaccia OGM”, esposta in 8 Punti.

(**) Vedi Università di Siena. Nacci G.: *Dodici Casi Clinici di Terapia Metabolica*. 2009-2010.

(***) Vedi Nacci G.: *Come affrontare il Diabete*. Editoriale Programma, Treviso.

(****) Qui di seguito la Storia clinica della mia terribile esperienza, nel febbraio-marzo 2009, di una Polmonite Bilaterale (diagnosticata da collega medico di famiglia, venutomi a visitare in casa, e intenzionato a farmi ricoverare d’urgenza in ospedale il giorno dopo). Questa Polmonite era refrattaria a tutti gli antibiotici, e durava ormai da oltre una settimana, verosimilmente su base virale. Con la presente, dichiaro l’estrema efficacia di DIECI GRAMMI di vitamina C, del costo di 7 Euri e trenta centesimi, costituiti da DIECI PASTIGLIONI effervescenti che disciolsi in 3 bicchieri d’acqua, e che furono in grado, poco dopo aver bevuto tutti e tre i bicchieri, e cioè verso le ore 18-19 di sera, di innalzare di colpo la temperatura del mio organismo da 38 gradi (temperatura dei miei due termometri sotto ascella destra e sinistra) a 40-40,5 gradi, mantenendo poi tale temperatura nelle dieci/dodici ore successive. Questo significava una temperatura di circa un grado inferiore a livello della gola (39 gradi) e invece di un grado superiore (41 gradi) a livello di cervello, polmoni, cuore, intestino, fegato e milza. Per tutta la notte rimasi alzato, data l’impossibilità di respirare stando sdraiato coricato a letto. Dopo qualche ora notai che la tosse si era notevolmente attenuata. Verso le DIECI del mattino la febbre non c’era più ed era andata via da sola. Stranamente, avevo ripreso a respirare bene. Fu soltanto nel pomeriggio, verso le ore 17, che ritornò di nuovo la febbre, intorno a 38 gradi, con ripresa della tosse. Mi decisi, per paura, a prendere ancora della Vitamina C effervescente, ma a dosaggio dimezzato, avendo già avuto, l’anno precedente, la brutta esperienza di una COLICA RENALE, dovuta ad eccessive dosi di Vitamina C. Purtroppo però, in questa seconda occasione, avvertii dopo breve tempo la prima e dolorosa fitta al fianco della COLICA RENALE. Andai al telefono e chiamai allora una mia amica della MINORANZA SLOVENA, a cui avevo suggerito mesi prima il *Desmonium ascendens* FRESCO per curare l’allergia da polline dei suoi due bambini. Sapevo che la preparazione in casa di questa erba curativa, il *Desmonium ascendens*, 150 grammi, era indicata dalla Letteratura scientifica come estremamente efficace contro la COLICA RENALE. Il provvidenziale intervento di questa mia carissima amica, che mi si fiondò in casa (guidava il marito, vero NIKI LAUDA), in meno di trenta minuti, venendo dall’Altopiano e scendendo giù in piena dalla via Commerciale, fu risolutivo....

Note aggiuntive sul COVID-19 e considerazioni finali sul Capitalismo e sugli interessi economico-finanziari delle Multinazionali chemio-farmaceutiche

La gestione fallimentare dell'epidemia COVID-19 da parte dell'Unione Europea deve far aprire gli occhi al Popolo Sovrano...

Sarebbe bastato sospendere a tutti gli Anziani delle Case di Riposo i farmaci a base di CORTISONE, di ASPIRINA, di TACHIPIRINA e di Farmaci Anti-infiammatori Non Steroidei (FANS), dando loro Vitamina C allo scopo di far alzare loro la provvidenziale Febbre, fra l'altro tenendoli anche seduti, e non sdraiati, nei loro letti durante il giorno, per evitare l'insorgenza di una Polmonite da Stasi.

Sarebbe bastato, agli Esponenti delle varie Forze Politiche di Governo e di Opposizione, spiegare al Popolo Sovrano l'estrema importanza della Febbre Alta (39-40 Gradi) nelle due settimane successive al Contagio, che NON avrebbe permesso al virus COVID-19 di moltiplicarsi nell'Organismo, e consentendo nel frattempo la spontanea formazione degli Anticorpi naturali, facendo così guarire il paziente...

Tutto questo non è stato fatto, e cento trenta mila (130.000) ANZIANI sono stati lasciati morire (...*Tachipirina e vigile attesa*...), in attesa che le Multinazionali chemio-farmaceutiche provvedessero a fornire al Popolo i costosissimi Vaccini, per stimolare la formazione di Anticorpi, come se gli Anticorpi naturali non servissero...

Ringraziamo la Madre Russia per quanto STIGMATIZZATO da Mosca, il 22 ottobre 2021, secondo cui il CAPITALISMO MONDIALE ha ormai raggiunto il suo limite finale, ed esaurito per sempre il suo ruolo storico e la sua forza propulsiva, giunto addirittura a sfruttare, a propri fini economico-finanziari, il Disastro dell'Epidemia.

CHIEDIAMO pertanto, rispettosamente, ai Compagni e alle Compagne:

Nessuna alleanza con i partiti politici italiani, di governo o di opposizione, a causa dei 130.000 morti provocati dalla loro Gestione fallimentare.

Appendere ai balconi bandiere rosse con la scritta in nero CUBA 1701.

Indossare una camicia rossa, vecchia e sdrucita, in ogni occasione importante.

Dare Solidarietà al Popolo Sovrano, dove possibile.

Alle prossime elezioni, NEGARE il VOTO a qualsiasi forza politica DIVERSA dal Partito Comunista Italiano.

Il COMPAGNO Giuseppe Nacci, medico chirurgo, Trieste

A fine Ottobre 2021, il Dottor Nacci pubblica in INTERNET, liberamente scaricabile, il libro “OTTO STORIE”, di cui qui di seguito il breve Sommario:

Indice

Note per il Lettore.....	4
La Grotta del Sole.....	6
La Legge dei Rommunes.....	15
Il Segreto di Venezia.....	27
Cuba 1701.....	50
Ultima Lettera da Alamo.....,,	67
9 Aprile 1942.....	84
Trieste, 18 Ottobre 2021: il giorno dell’Infamia.....	104
Contatto Cosmico.....	111
Fisica Eretica di Einstein. Note scientifiche.....	122
Biografia dell’Autore.....	133
Biography of Author.....	142
Biographie von Author.....`	143
Biografie van Auteur.....	144

Il 14 Dicembre 2021 PUBBLICA su INTERNET una lettera aperta indirizzata al Senatore del Partito Comunista Emanuele Dessì e, per conoscenza, al Segretario del Partito Comunista Italiano Marco Rizzo, riguardo ad una possibile Strategia elettorale per le future Elezioni del 2023-2024, in considerazione che, se il Partito Comunista Italiano del Compagno Marco Rizzo deciderà di correre alle future elezioni del 2023/2024, questo fatto obbligherà il Partito Democratico PD, il Movimento Cinque Stelle, Forza Italia, Italia Viva, Lega, Fratelli d’Italia, Liberi ed Uguali, e altri partiti vari a FONDERSI in un unico Partito, il cui nome identificativo e simbolismo dovrà essere pertanto motivo di serio dibattito ...

Infatti, soltanto fondendosi in un’unica, grande e formidabile forza politica d’azione, il Partito Democratico PD, il Movimento Cinque Stelle, Forza Italia, Italia Viva, Lega, Fratelli d’Italia, Liberi ed Uguali e altri partiti vari potranno forse raggiungere, sommando tutti i loro voti che riceveranno dall’Elettorato italiano, la fatidica soglia del 5 (cinque) per cento... per non scomparire.

Il 31 Dicembre 2021 PUBBLICA su INTERNET il testo “*Nell’ultima Valle del mondo*”, di circa 90 pagine complessive, con *Richiesta alle Autorità Politiche italiane riguardo alla presenza o meno, nei Vaccini ANTI-COVID 19 basati su RNA messaggero, del Promoter CaMV 35S o CaMV 19S, ampiamente utilizzati fin dagli anni OTTANTA per la sintesi degli Organismi Geneticamente Modificati (OGM).*

Tale testo riporta il documento integrale in ITALIANO, ESPANOL, DEUTSCH ed ENGLISH, presentato al SANA di Bologna il 13 Settembre 2008, riportato poi in *Mille Piante per guarire dal Cancro senza Chemio 2011* e *Thousand Plants against Cancer without Chemo-Therapy* May 2010, su “La minaccia OGM”, esposta in 8 Punti.

“La minaccia OGM (Organismi Geneticamente Modificati) sui modelli alimentari di accompagnamento alla terapia immunitaria e disintossicante”

“La amenaza OMG (Organismos Modificados Genéticamente) en los modelos alimenticios de acompañamiento a la terapia inmunitaria y desintoxicante”

“Die GVO-Bedrohung (Genetisch Veränderte Organismen) für begleitende Ernährungsmodelle zur Immun- und Entgiftungstherapie ”

“The Threat of GMOs (Genetically Modified Organisms) on alimentary models accompanying the immune and detoxifying therapy”

In tale documento veniva infatti riportato proprio il CaMV 35S, citato al Punto 4 (*Malattie indotte da Virus Transgenici*).

ENGLISH Biography of Author

Giuseppe Nacci was born in Trieste in 1964. He achieved his medical Degree in Trieste in 1991 and later specialised in Nuclear Medicine at the University of Milano. In 2000 He published the Book “*La Terapia dei Tumori con Gadolinio 159 in Risonanza Magnetica Nucleare*”, with a view to a possible Use of the Radioisotope in Adro-Therapy. He also obtained the Patent for molecule Gadolinium 159-Biotin (No. 01313103).

But Life is ever-changing, and in 2001 sudden, tragic Events forced him to rethink completely his own Knowledge of MEDICINE, steering him to a new, different Path.

He spent ten long Years studying BOTANY, and more specifically the Use of FRESH medicinal Plants in Apoptosis Induction in human malignant cancer Cells, which are characterised by chromosome Aberrations (genetic Mutations).

In 2009/2010, in the Farmacology Faculty of Siena University, He has got the Second Level’s Fitotherapy Master, with a oncological Thesis “*Dodici Casi clinici di Terapia Metabolica*”.

He honed his medical Skills on the Field, at a small private Clinic in Trieste, but, although He enriched his Curriculum in 2007 with his Book “*Diventa Medico di Te Stesso*”, published by “Editoriale Programma” from Treviso, his practice came to an End in April 2011, when Dr. Giuseppe Nacci stopped seeing Patients, as the new EU Regulations forbidding therapeutic Use of FRESH medicinal Plants came into Effect on the First May 2011.

This long, tormented “on the field” Experience begot two Books: “*Guariti dal Cancro senza Chemo: 23 casi clinici documentati di guarigione*” and “*Cancer Therapy: 23 clinical Cases of malignant Tumours cured without Chemo-Therapy*”, Books published by “Editoriale Programma” from Treviso, beside a Book on the worldwide Threat of nuclear power Stations (“*Centrali nucleari: Chernobyl, Krsko, Fukushima, e dopo. Conoscere il passato per preservare il futuro*”), and a Book on Diabetes (“*Come affrontare il Diabete*”), which were also published by “Editoriale Programma” in Treviso.

In 2013 He resumed his Studies in Geology, Astronomy and ancient Greek, which He had unfortunately neglected after Secondary School and University, thus tackling the great Mystery of ATLANTIS from a scientific Point of View. “Editoriale Programma” from Treviso published in 2018 the first of five Books on the Topic: “*L’Ultima Guerra di Atlantide, Vol. Primo: il Mondo Perduto*”, 364 pages).

In May 2020 He has published the E-BOOK in ITALIANO *Primo Maggio 2011, la lunga Notte* (90 pagine), and in ENGLISH (*First May 2011, the long Night*), free available from INTERNET (www.pieronuciari.it/wp/nacci).

In February-May 2021 has published in INTERNET the italian E-BOOK “*Fisica Eretica. Flusso Catalizzatore al Deuterio-Palladio sotto Campo Magnetico Pulsato*” (www.pieronuciari.it/wp/nacci/).

In May 2021 has published in PDF, on INTERNET Site www.pieronuciari.it/wp/nacci/ , the E-BOOK in ENGLISH *Nacci 2021 Threat of nuclear power Station of Krsko*, of 150 pages.

DEUTSCH Biographie von Author

Giuseppe Nacci wurde 1964 in Triest geboren. Nach seinem Studienabschluss in Medizin und Chirurgie 1991 in Triest spezialisierte er sich anschliessend an der Universität Mailand auf dem Gebiet der Nuklearmedizin.

Im Jahr 2000 veröffentlicht Dr. Nacci sein Buch *“La Terapia dei Tumori con Gadolinio 159 in Risonanza Magnetica Nucleare”*, im Hinblick auf einen möglichen Einsatz des radioaktiven Isotops in der Hadronen-Therapie, wofür er das Herstellungspatent für das Molekül Gadolinium 159-Biotin erwirbt (No. 01313103).

Das Leben gestaltet sich jedoch oft eigenwillig und 2001 zwingen ihn unvorhergesehene und dramatische Ereignisse, seine Auffassung von MEDIZIN vollständig zu überdenken und lassen ihn einen neuen, völlig anderen Weg einschlagen. Die nächsten 10 Jahre widmet er sich intensiv dem Studium der BOTANIK, im Speziellen untersucht er den Einsatz von FRISCHEN Heilpflanzen, die eine Apoptose von bösartigen Krebszellen beim Menschen einleiten. Letztere sind bekanntermassen von Veränderungen der Chromosomen (Genmutation) gekennzeichnet.

In 2009/2010, in the Pharmacology Faculty of Siena University, He has got the Second Level's Fitotherapy Master, with a oncological Thesis *“Dodici Casi clinici di Terapia Metabolica”*.

Seine medizinische Erfahrung auf diesem Gebiet, die er in seiner kleinen Privatpraxis in Triest weitergibt und die 2007 durch die Veröffentlichung von *“Diventa Medico di Te Stesso”* beim Verlag *“Editoriale Programma”* in Treviso zusätzlich bereichert wird, geht jedoch zu Ende, als Dr. Nacci im April 2011 die Patientenbetreuung aufgeben muss, nachdem neue EU-Gesetze ab 1.

Mai 2011 den therapeutischen Einsatz von FRISCHEN Heilpflanzen verbieten. Zwei Bücher zeugen dennoch von dieser langen und hart erkämpften Erfahrung in diesem Bereich: *“Guariti dal Cancro senza Chemio: 23 casi clinici documentati di guarigione”* und *“Cancer Therapy: 23 Clinical Cases of Malignant Tumours cured without Chemo-Therapy”*, beide erschienen im Verlag *“Editoriale Programma”*.

Ausserdem bringt derselbe Verlag zwei weitere seiner Bücher heraus: Ein Buch über die weltweite Bedrohung durch Atomkraftwerke (*“Centrali nucleari: Chernobyl, Krsko, Fukushima, e dopo. Conoscere il passato per preservare il futuro”*), und eine Publikation zum Thema Diabetes (*“Come affrontare il Diabete”*).

Ab 2013 nimmt Dr. Nacci seine seit Universitäts und Gymnasialzeiten leider vernachlässigten Studien der Geologie, Astronomie und des Altgriechischen wieder auf und befasst sich nun mit dem grossen Mysterium von ATLANTIS, wobei er es vom naturwissenschaftlichen Standpunkt aus analysiert. Dazu ist kürzlich wieder bei dem genannten Verlag das erste von fünf zu diesem Thema vorgesehenen Büchern erschienen: *“L'Ultima Guerra di Atlantide, Vol. Primo: il Mondo Perduto”*, 364 S.).

Im Jahr 2020 veröffentlicht Dr. Nacci sein Buch *Primo Maggio 2011, la lunga Notte* (90 pagine), auch in ENGLISH (*First May 2011, the long Night*). AVAILABLE GRATIS from INTERNET (www.pieronuciari.it/wp/nacci/).

Im Jahr 2021 veröffentlicht Dr. Nacci sein Buch in INTERNET *“Fisica Eretica. Flusso Catalizzatore al Deuterio-Palladio sotto Campo Magnetico Pulsato”*.

DUTCH. Biografie van Auteur

Giuseppe Nacci is in 1964 geboren. In 1991 studeert hij aan de Universiteit van Trieste af in geneeskunde en volgt dan de opleiding medisch specialist in nucleaire geneeskunde aan de Universiteit van Milaan. In 2000 publiceert hij het boek “*La Terapia dei Tumori con Gadolinio 159 in Risonanza Magnetica Nucleare*”, met het doel deze radioactieve isotoop in Hadron-Therapie te gebruiken. Hij vervolgens octrooi op de productie van Gadolinium 159-Biotine (No. 01313103).

In 2001 wordt hij door plotselinge en dramatische gebeurtenissen genoopt zijn MEDISCHE kennis te herzien, om een nieuw en ander parcours in te slaan.

Hij studeert dan tien jaar lang BOTANICA, waarbij hij zich vooral richt op het gebruik van VERSE medicinale planten om Apoptose te veroorzaken in kwaadaardige kankercellen, die door chromosoomafwijkingen gekenmerkt worden.

Op dit gebied doet hij ervaring op in een particuliere artspraktijk in Trieste, wat onder meer in 2007 uitmondt in de publicatie van het boek “*Diventa Medico di Te Stesso*”, uitgebracht door “Editoriale Programma” in Treviso.

In 2009/2010, in the Farmacology Faculty of Siena University, He has got the Second Level's Fitotherapy Master, with a oncological Thesis “*Dodici Casi clinici di Terapia Metabolica*”.

In April 2011 houdt dokter Giuseppe Nacci op met patiëntenzorg, omdat er in de Europese Unie nieuwe wetten in werking zijn getreden die het gebruik van VERSE medicinale planten verbieden.

Van zijn lange ervaring op dit gebied blijven er hoe dan ook twee boeken over: “*Guariti dal Cancro senza Chemio: 23 casi clinici documentati di guarigione*” en “*Cancer Therapy: 23 Clinical Cases of Malignant Tumours cured without Chemo-Therapy*”, die beide zijn uitgebracht door “Editoriale Programma” in Treviso.

Ook heeft hij een boek gepubliceerd over de dreiging die in de hele wereld uitgaat van kerncentrales (“*Centrali nucleari: Chernobyl, Krsko, Fukushima, e dopo. Conoscere il passato per preservare il futuro*”), alsook een boek over diabetes (“*Come affrontare il Diabete*”), die eveneens bij “Editoriale Programma” in Treviso zijn gepubliceerd.

Sinds 2018 hervat hij de studie van Geologie, Astronomie en Oud-Grieks: vakken die hij helaas had verwaarloosd sedert de Universiteit en het Lyceum. Dit heeft hem ertoe gebracht het oude mysterie van ATLANTIS aan te snijden, met een analyse vanuit een wetenschappelijke invalshoek.

Zojuist is bij “Editoriale Programma” het eerste boek uitgebracht van de vijf over dit onderwerp geplande boeken: “*L'Ultima Guerra di Atlantide, Vol. Primo: il Mondo Perduto*”, 364 pages).

In May 2020 publiceert hij het boek en ITALIANO *Primo Maggio 2011, la lunga Notte* (90 pagine), een in ENGLISH (*First May 2011, the long Night*), twee boeken free available from INTERNET (www.pieronuciari.it/wp/nacci/).

In May-June 2021 publiceert hij het boek en INTERNET “*Fisica Eretica. Flusso Catalizzatore al Deuterio-Palladio sotto Campo Magnetico Pulsato*”. (www.pieronuciari.it/wp/nacci/).