



COMUNICATO ANDROMEDA n. 51/1998

L'ARMA CHIMICA

*QUELLO CHE NON VI HANNO MAI RACCONTATO DELLA CHEMIOTERAPIA:
GLI EFFETTI COLLATERALI, IL "GIOCO DI PRESTIGIO" DELLE STATISTICHE,
IL BUSINESS*

*In questo secolo
l'onniscienza della scienza
fa acqua da tutti i lati
(Jacques Sadoul)*

I dati statistici sono agghiacciati: un malato su tre ha il cancro. Non solo: i due terzi dei malati di cancro muoiono entro cinque anni dalla diagnosi. Queste le prospettive, crude ma realistiche, di quella che è la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari.

Nonostante decenni di ricerche e migliaia di miliardi di spesi ogni anno a questo scopo, la soluzione del problema cancro è ancora di là da venire. Le ottimistiche speranze avanzate troppo spesso da qualche lumina della ricerca anti-cancro sono sempre smentite dalla realtà dei fatti. A dire la verità, viene detto, a intervalli regolari, che sempre più pazienti vengono 'guariti' dal cancro e che quindi si deve incoraggiare la ricerca, che è sempre più vicina a sconfiggere questa terribile malattia. Purtroppo è difficile essere così ottimisti, e infatti da circa un decennio anche rispettabili membri del cosiddetto *cancer establishment* hanno iniziato a contestare le statistiche fornite dai vari 'templi' della ricerca sul cancro (National Cancer Institute, American Cancer Society, eccetera).

Fra tutti ricordiamo le parole di John C. Bailar III (il celebre ricercatore della Harvard School of Public Health) pronunciate per la prima volta nel 1986 e ripetute alla riunione del President's Cancer Panel del 1994: **"torno a concludere, come feci sette anni fa, che i nostri vent'anni di guerra al cancro sono stati un fallimento su tutta la linea"**.

GLI EFFETTI COLLATERALI

Gli "scienziati eretici" devono sempre rendere conto dei risultati positivi che ottengono, mentre la scienza ufficiale non deve rendere conto a nessuno dei cadaveri che si lascia alle spalle

Ogni farmaco regolarmente registrato ha accluso un foglietto illustrativo. Tale foglietto (non casualmente!) si chiama - ed è un nome ufficiale, controllate sul dizionario! - "BUGIARDINO".

Ebbene, per quanto riguarda gli effetti collaterali dei farmaci chemioterapici ci limitiamo, per questioni di spazio, a portare a conoscenza solo alcuni stralci delle avvertenze che abbiamo letto nei bugiardini dei chemioterapici. Nel ricordare a tutti che questi bugiardini, raccolti nel Repertorio Farmaceutico Italiano, oltre che presso di noi, sono reperibili da qualsiasi medico, poniamo all'attenzione un dato comune a pressoché tutti i bugiardini dei chemioterapici (Adriblastina, Eldisine 5 mg, Fluoro-Uracile Roche, Platamine, Purinethol, Endoxan, Taxolo, Novantone, Gemcitabina ecc.):

"Il prodotto, come del resto la maggior parte dei farmaci antitumorali ed immunosoppressori, ha dimostrato proprietà cancerogena negli animali in particolari condizioni sperimentali".

Con la chemioterapia (o con la radioterapia) le cellule cancerose, che sono più deboli di quelle sane, sotto l'azione di veleni (o di radiazioni ionizzanti), sono le prime a morire. Questo è il dato di fatto che porta ad una delle pratiche più insensate della storia della medicina: **avvelenare e irradiare il paziente per guarirlo**. Dopo un iniziale, apparente successo il malato si ritrova con il sistema immunitario massacrato, indebolito nel corpo e nella mente, facile terreno di conquista per ogni possibile patologia, a partire dalle metastasi. Eppure anche la persona più ignorante di medicina sa che guarigione significa miglioramento della Salute!

Spiegare come questa incredibile perversione del buon senso, ancora prima che del pensiero scientifico, abbia dominato per decenni il mondo della medicina, sarà lavoro per gli storici della scienza del prossimo secolo

Ecco dunque le avvertenze e le controindicazioni di alcuni chemioterapici:

ADRIBLASTINA

L'Adriblastina somministrata e. v. per tre mesi a dosi giornaliere di 0,125 mg/kg in entrambe le specie non ha causato mortalità né altre manifestazioni tossiche morfologiche e funzionali. Alla dose di 0,25 mg/kg/die sono apparsi segni tossici nel coniglio, mentre nei cani la mortalità ha raggiunto il 30%. Alla dose di 0,5 mg/kg/die il 40% dei conigli trattati è morto entro due mesi ed il 100% dei cani entro 10 giorni. Le lesioni tossiche sono state riscontrate a livello della mucosa gastro-intestinale, del quadro emopoietico e dei testicoli in entrambe le specie, dei reni nel coniglio e della cute nel cane...

Una stomatite può comparire dopo circa 5-10 giorni dall'inizio del trattamento; essa è caratterizzata da aree di erosione dolenti e localizzate particolarmente lungo i margini laterali della lingua ed a livello della mucosa sublinguale. La sua frequenza e gravità sono risultate maggiori con gli schemi di dosaggio che prevedono la somministrazione di Adriblastina per tre giorni consecutivi.

Possono manifestarsi disturbi dell'apparato gastro-intestinale quali nausea, vomito e diarrea.

Se durante la somministrazione Adriblastina fuoriesce dalla vena, ciò comporta gravi lesioni tessutali fino alla necrosi...

È stata riportata la possibilità di shock anafilattico...

Poiché si osserva una elevata incidenza di depressione midollare, è necessario un attento monitoraggio dei globuli bianchi, dei globuli rossi e delle piastrine...

Particolare attenzione deve essere riservata alla cardiotoxicità dell'Adriblastina... Lo scompenso cardiaco può comparire anche alcune settimane dopo la fine del trattamento con Adriblastina e talvolta non è influenzato dalle terapie mediche o tradizionali... In questa evenienza il vantaggio di continuare il trattamento deve essere accuratamente valutato a fronte del rischio di un danno cardiaco irreversibile...

Per prevenire l'eventuale contatto della soluzione di Adriblastina con la cute è indicato l'uso di guanti protettivi da parte del personale che ha occasione di manipolare il medicamento...

In pazienti con leucemia acuta non linfocitica trattati con polichemioterapia comprendente doxorubicina e citarabina per 3 giorni consecutivi, possono osservarsi ulcerazioni e necrosi del colon; tali eventi possono condurre all'exitus per emorragia o infezioni intercorrenti...

Il prodotto, come del resto la maggior parte dei farmaci antitumorali ed immunosoppressori, ha dimostrato proprietà cancerogena negli animali in particolari condizioni sperimentali.

ELDISINE 5 mg

Il prodotto non va somministrato per via intratecale, poiché la somministrazione di Eldisine per questa via, causa la morte del paziente... Di seguito si riportano manifestazioni riferite come effetti collaterali:

Gastro-intestinali. Comparsa di vescicole sulla mucosa orale. Disfagia, anoressia, nausea, vomito, dispepsia, ulcera duodenale perforata, dolore addominale, ileo paralitico, diarrea, stipsi...

Neurologici. Torpore, parestesie delle dita, neuriti periferiche, perdita dei riflessi tendinei profondi, mialgia, piede cadente, convulsioni, dolori mascellari, sindromi depressive, cefalea.

Cecità corticale è stata riportata in pazienti trattati con polichemioterapia che includevano vindesina il cui contributo a questa reazione è incerto.

Cutanei. Eruzioni maculopopulari, cellulite da stravasamento, alopecia da modica a totale. L'alopecia è l'effetto collaterale più comune...

Ematologici. Granulocitopenia (fattore dose limitante), trombocitosi, trombocitopenia, anemia leggera. Il nadir della granulocitosi si verifica dopo 3 giorni dall'ultimo giorno di somministrazione del farmaco...

Vari. Malessere, puntate febbrili, brividi, mialgie diffuse, fenomeni reattivi e dolori nella sede dell'iniezione, astenia.

...

Lo stravasamento durante l'iniezione endovenosa può causare cellulite e flebite. Se la quantità di farmaco fuoriuscito è grande si potranno verificare fenomeni di necrosi... Il fastidio potrebbe persistere anche dopo la guarigione delle lesioni...

Difficoltà respiratoria acuta e grave broncospasmo sono state riportate dopo somministrazione di Eldisine...

Il prodotto, come del resto la maggior parte dei farmaci antitumorali ed immunosoppressori, ha dimostrato proprietà cancerogena negli animali in particolari condizioni sperimentali.

PLATAMINE

Nei cani le dosi singole di 12 e 6 mg/kg e le dosi consecutive di 4 e 2 mg/kg hanno causato una mortalità del 100%...

Controindicazioni relative sono: ridotta funzionalità renale, depressione midollare, disturbi uditivi...

Nefrotossicità... La possibile tossicità renale dopo cicli ripetuti richiede uno scrupoloso monitoraggio della funzione renale...

Ototossicità. Si manifesta con ronzii e perdita dell'udito alle frequenze più elevate (4000-8000 Hz); è stata osservata anche dopo una dose singola, ma sembra correlata alla dose totale o alla somministrazione di alte dosi; nei bambini essa appare particolarmente grave. È ancora oggetto di discussione se sia reversibile...

Il prodotto, come del resto la maggior parte dei farmaci antitumorali ed immunosoppressori, ha dimostrato proprietà cancerogena negli animali in particolari condizioni sperimentali.

IL "GIOCO DI PRESTIGIO": LE STATISTICHE TRUCCATE

Mentre Phyllis Wingo, direttrice del Dipartimento di sorveglianza dell'American Cancer Society dichiara: **"Il numero di decessi per malattie oncologiche è aumentato negli ultimi trent'anni del 31% per le donne e del 9% per gli uomini"**, le dichiarazioni ufficiali di questo inizio d'anno 1998 sono state

"il 50% dei tumori oggi guarisce, ed il restante 50% si cura"

Come si arriva a costruire una casistica siffatta, assolutamente non corrispondente alla realtà?

Semplice: si manipolano i dati, si truccano le statistiche. Come in un 'gioco di prestigio', una specie di "ti faccio vedere ma non ti faccio capire".

Esaminiamo i diversi trucchi del "gioco di prestigio":

1) La diagnosi precoce

Si deve tenere sempre presente che per convenzione, quando le statistiche ufficiali parlano di guarigioni dal cancro, intendono in realtà una sopravvivenza di cinque anni. In questa maniera ci si può trovare davanti al paradosso di un paziente che muoia, poniamo dopo sei o sette anni dalla diagnosi, e che invece faccia parte nelle statistiche del gruppo dei 'guariti'.

Nel 1984 H. Bush, del Regional Cancer Center di London dell'Ontario (USA), pubblicò su *Science* il motivo per cui le statistiche di sopravvivenza del cancro sembravano migliori di quanto fossero in realtà. **Queste statistiche stanno migliorando, sostiene H. Bush, non tanto grazie ad un miglior trattamento, ma a causa delle diagnosi sempre più precoci, le quali fanno semplicemente "partire prima" il periodo dei cinque anni.**

È evidente quindi, **alla luce del termine di cinque anni sopraconsiderato**, che più precoce è la diagnosi più risulterà alta la percentuale dei guariti.

2) I tumori "fasulli"

Si sa che in parecchie occasioni, e le statistiche americane e canadesi lo confermano, si è provveduto a togliere l'utero in una sovrabbondanza di casi, addirittura in forma preventiva. Sarebbe come se qualcuno decidesse in forma preventiva di tagliarsi una mano per evitare di dover affrontare il rischio di una frattura mal risanata! Per quanto assurdo possa sembrare questo procedimento, è così che si è proceduto in numerosi casi di cancro niente affatto reali, ma solo "sospettati". Se infatti molti accusano i medici che praticano terapie alternative di "ingannare" affermando di aver guarito cancri che non sarebbero tali, di sicuro molti cancri "fasulli" sono stati "guariti" dai medici tradizionali entrando poi nelle statistiche ufficiali e alterandole pesantemente.

3) Ogni dimissione ospedaliera risulta una guarigione

"Se una persona viene dimessa dall'ospedale si dice che è in remissione. Quando ritorna viene curata e viene dimessa un'altra volta. Se ogni dimissione viene considerata come un dato positivo, i conti aumentano. E siccome non si può morire più di una volta, se un individuo è stato dimesso 9 volte ed è morto una volta sola si avrà un 90% di guarigione e il 10% di mortalità. La fortuna dei medici è che si muore una volta sola..." (da una intervista a Di Bella, gennaio 1998, sullo speciale "Di Bella - La sua

cura contro il cancro” in abbinamento con “il Resto del Carlino”, “il Giorno”, “La Nazione”).

4) Solo un periodo limitato di tempo è considerato ai fini della casistica: quello dei cicli di chemioterapia

I metodi terapeutici considerati ai fini della casistica sui tumori sono quattro: l'intervento chirurgico, la chemioterapia, la radioterapia e la ormonoterapia (di cui fa parte il ben noto Tamoxifen).

I parametri sui quali viene costruita la casistica di sopravvivenza sono costruiti in base alla “efficacia” dei farmaci. Per efficacia della chemioterapia si intende la riduzione o la scomparsa della massa neoplastica e la riduzione almeno del 50% delle metastasi eventualmente presenti.

Ci sono forme tumorali che rispondono a programmi terapeutici che hanno questi obiettivi. Il microcitoma polmonare, ad esempio. È un tumore particolarmente maligno e le cellule tumorali sono altamente indifferenziate (riproducono cioè esclusivamente se stesse). Dopo 6 cicli convenzionali di chemioterapia che dura circa sei mesi, e che viene chiamata “chemioterapia di prima linea”, si può ottenere anche la scomparsa della massa neoplastica. Il paziente risulta così “guarito”. Se a distanza di altri sei mesi compaiono metastasi (in questo caso in genere sono epatiche e cerebrali), cioè se il tumore riesplode, e in modo non controllabile, quella stessa persona figurerà come un nuovo paziente, perché “quello di prima” risulta guarito. Nel caso in questione, poi, si inizierà una terapia detta “chemioterapia di seconda linea” che non sarà più specifica (cioè con gli stessi chemioterapici) come la precedente poiché, se la prima è fallita, si sa che il cancro si è difeso creando cloni di cellule resistenti a quel farmaco (così come succede con gli antibiotici). **La possibilità di azzeramento della patologia, vista la diffusione del male, non esiste più.**

Nella casistica però rimane che quel tumore è scomparso.

Esiste poi una “chemioterapia di terza linea”, detta anche, assurdamente, “di salvataggio”, che non è altro che un bombardamento finale realizzato con un cocktail di chemioterapici della serie “tanto per fare qualcosa”.

5) Paziente operato = paziente clinicamente guarito

Un altro esempio ancora. Ad una paziente con un tumore alla mammella (un carcinoma infiltrante) viene effettuata un'asportazione chirurgica. Poi viene effettuato un protocollo di 6 cicli di chemioterapia detta “di prevenzione” al fine di eliminare eventuali cellule che possano essere sfuggite all'intervento chirurgico. L'intervento è riuscito e si dirà: il paziente è guarito. A questo punto due sono le possibilità:

A) A distanza di mesi o di anni compaiono metastasi. Ciò significa che la “prevenzione” chemioterapica ha fallito.

B) A distanza di 5 o 10 anni il tumore non si ripresenta più. Ma si sarebbe ripresentato se non si fosse fatta la chemioterapia? Dato che in moltissimi casi esso si ripresenta **debbono dedurre che non è certo la chemioterapia ad inibirlo** (semmai il contrario, visti i possibili effetti cancerosi collaterali!). E in ogni modo, comunque, la mancata guarigione al 100% non può far attribuire alle terapie chemioterapiche una validazione terapeutica che invece viene esclusa per altre terapie, soprattutto se atossiche.

6) Le casistiche non seguono il paziente, ma restano nell'ospedale

Un altro esempio di come si costruisce la casistica è il seguente: un paziente viene dimesso dopo un ciclo di chemio da un ospedale e risulta guarito. A distanza di un anno si presentano delle metastasi:

si: a questo punto, per le più svariate ragioni, non torna a farsi curare nello stesso ospedale, ma in un altro. Risulterà un nuovo caso. Quello precedente ha avuto esito favorevole: è guarito.

Come avete visto è in questo modo che “il 50% dei tumori oggi guarisce, ed il restante 50% si cura”!!!

Alla luce di quanto sopradetto ci chiediamo: quale metodologia scientifica viene utilizzata per sostenere che la chemioterapia è un metodo positivo? In base a quali “parametri scientifici” si può sostenere che l'utilizzazione di terapie alternative alla chemioterapia non possa essere significativa nella mancata insorgenza di una recidiva tumorale?

IL BUSINESS

Quanto costa mediamente un ciclo di chemioterapia, tenendo presente che nella maggioranza dei casi si usano assieme (poli-chemioterapia), in un “cocktail” appunto, vari chemioterapici? Anche i prezzi dei vari farmaci chemioterapici sono indicati nei bugiardini, e moltiplicando tale cifra per il numero di assunzioni che un ciclo di chemio comporta si può partire da alcuni milioni per arrivare a varie decine. Tutte a carico del servizio sanitario nazionale e a vantaggio delle varie case farmaceutiche. Se moltiplicate 10 milioni per 200 mila malati ai quali mediamente ogni anno in Italia viene praticata la chemioterapia risulta una cifra di **duemila miliardi** che spiega bene i bilanci delle case farmaceutiche di cui abbiamo letto nel mese di febbraio 1998 a proposito delle maxifusioni societarie: 1989 nasce la Smith Kline - Beecham che si fonde con la American Home (fatturato di 48mila miliardi); 1995 Glaxo - Wellcome (quella del famigerato AZT - 27mila miliardi); 1995 Pharmacia-Upjone (23mila miliardi); 1996 Sandoz e Ciba Geigy si fondono in Novartis (44mila miliardi); nel 1998 Smith Kline - Beecham (126mila miliardi) si fonderà con Glaxo - Wellcome (180mila miliardi) con un capitale di oltre 300mila miliardi (tre volte la Fiat).

L'inglese Zeneca (quella del Tamoxifen), la svedese Astra, la tedesca Schering e le americane Warner Lambert e Amgen, che sembravano dei colossi, sono ora, improvvisamente, di medie dimensioni.

Bilanci analoghi a quelli di uno Stato Nazionale.

In sostanza è il Mercato a stabilire finalità e metodologie di approccio alla Salute, autodeterminandosi ed autoreferenzialmente giustificandosi.

Le strutture politico - sanitarie, succubi di questo mercato, vidimano le proposte, sdoganano i risultati delle ricerche private, erogano risorse, costruiscono binari e stazioni per far giungere a destinazione i tanti prodotti dell'industrialismo farmaceutico.

Il “caso Di Bella” insegna che un'altra è la strada da seguire se si ha interesse alla Salute dei cittadini.

Concludiamo dicendo semplicemente che queste informazioni, a partire da quelle dei bugiardini, dovrebbero essere compito precipuo (così come fra l'altro prevede la normativa sul consenso informato) delle Istituzioni Sanitarie, poiché, per dirla con il Prof. Gianfranco Domenighetti: **la Salute è essenzialmente informazione.**

XXXXXXXXXX

«Perché l'informazione?»

Se si analizzano i fondamenti teorici che regolano il mercato della salute, ed anche i dati tratti dalla letteratura circa l'efficacia o l'inutilità delle prestazioni sanitarie e delle cure, si valuta immediatamente l'importanza fondamentale dell'informazione per assicurare l'adeguatezza di prestazioni, pratiche, comportamenti, tecnologie, servizi e politiche alle reali necessità sanitarie degli utenti.

Da sola l'informazione permetterà di dare avvio al cambiamento del comportamento degli «attori» in causa, nel senso dell'adeguatezza (e quindi verso la razionalità sanitaria ed economica).

Il settore sanitario in effetti è caratterizzato, per un verso dall'importanza universalmente attribuita all'obiettivo dello scambio (la salute), e per l'altro dalla mancanza di trasparenza e di informazione fra domanda ed offerta. Ciò deriva in modo particolare dal monopolio del sapere e delle conoscenze e anche dalla «incertezza professionale e decisionale» che caratterizza, da una parte gli operatori sanitari, e, dall'altra, gli amministratori.

Inteso che la causa principale di mortalità sarà sempre il fatto di esser venuti al mondo, si può affermare che, a parte le predisposizioni (imprinting) derivanti dal patrimonio genetico e i rischi dovuti al «destino» individuale (specie per quanto riguarda i traumatismi non voluti o provocati) *la salute è essenzialmente informazione.*»

(G. Domenighetti, *Il mercato della salute*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1994.)

*Alcune interessanti curiosità**

Provate a chiedere le statistiche di sopravvivenza a dieci o quindici anni. Non le “mollano” così facilmente. Ma i dati sulla salute pubblica non dovrebbero essere pubblici, visto che oltretutto sono il risultato delle ricerche finanziate dai soldi pubblici? **Qualcuno però si è preso la briga di fare delle statistiche più significative e veritiere.** Oltre al già citato Bailar, riferiamo altri due casi.

Il **primo** è la vasta indagine condotta per 23 anni dal Prof. Hardin B. Jones, fisiologo presso l'Università della California, e presentata nel 1975 al Congresso di Cancerologia presso l'Università di Berkeley. Oltre a denunciare l'uso di statistiche falsificate, egli prova che **i cancerosi che non si sottopongono alle tre terapie “canoniche” sopravvivono più a lungo o almeno quanto chi riceve queste terapie. Come dimostra Jones le malate di cancro al seno che hanno rifiutato le terapie tradizionali mostrano una sopravvivenza media di 12 anni e mezzo, quattro volte superiore a quella di 3 anni raggiunta da coloro che si sono invece sottoposte alle cure ufficiali complete.**

Una notizia che avrebbe dovuto fare scalpore su tutti i mass media, ma che forse avrebbe fermato il grande carrozzone dei finanziamenti. Per questo, Jones venne “puni-

to” con i mezzi consueti: censura dei dati, persecuzioni e calunnie. Solo un giornalista ebbe il coraggio di riferire la statistica, che così rimase sconosciuta sia in America che in Europa. Venne poi ripresa da qualche pubblicazione tedesca (Kothari M. L., Metha L. A.: “*Ist Krebs eine Krankheit?*” Rowohlt, 1979, pag. 186).

Il **secondo caso** riguarda uno studio condotto da quattro ricercatori inglesi, pubblicato su *The Lancet* (13-12- 1975), che riguarda 188 pazienti affetti da carcinoma inoperabile ai bronchi. **La vita media di quelli trattati con chemioterapia completa fu di 75 giorni, mentre quelli che non ricevettero alcun trattamento ebbero una sopravvivenza media di 220 giorni.**

Questi studi **tolgono qualsiasi attendibilità e validità scientifica alle terapie correnti.** Anche se sono passati vent'anni e le sostanze usate in chemioterapia sono molto diverse, la statistica è ugualmente valida anche oggi, se non di più, tenuto conto del fatto che le morti per cancro sono aumentate.

La falsificazione non viene perpetrata solo sulle statistiche, ma anche sulla ricerca vera e propria. **Nel 1926 il Prof. J. A. Grib Fibiger vinse il premio Nobel per aver scoperto il bacillo che provoca il cancro: la spinoptera carcinoma. In seguito si scoprì che era soltanto una colossale bufala! (La Mafia Sanitaria ed. ATRA/AG/STG). Quante scoperte o promesse di scoperte di oggi saranno le bufale di domani?**

Il quotidiano torinese (*La Stampa - Tuttoscienze*, 4-12-1996, pag. 1) parla di “bugie in laboratorio” proprio in merito ad esperimenti su di un gene mutato e presente nel 15% dei casi di leucemia mieloide acuta. **Ben cinque articoli “scientifici”** a firma di Francis Collins (direttore del National Center for Human Genomic Research di Washington, e che gestisce **244 milioni di dollari** della ricerca statunitense) hanno divulgato un clamoroso falso. Certo, si è trovato il colpevole (il capro espiatorio non poteva mancare!), un anonimo studentello che avrebbe manomesso le foto che accompagnavano gli articoli. Strano davvero, visto che il testo era corredato dalle foto e che il “luminare” avrebbe dovuto accorgersi per tempo della mancanza di correlazione fra quanto scritto e quanto appariva in foto. Ed era così “semplice” da scoprire quest' inganno, che è bastato un anonimo ricercatore di un giornale scientifico per sollevare un dubbio e scoprire la magagna!

La cosa grave è che da questi testi poi scaturiscono deduzioni, analisi, statistiche, ricerche e, *dulcis in fundo*, finanziamenti; e diventano la foglia di fico per tutti i medici che non hanno né la volontà, né la possibilità di provare la veridicità di quanto scritto, pur ben conoscendo la realtà di questo “habitat scientifico”.

** (tratto da “Kankropoli” - La mafia del cancro”, un ottimo dossier realizzato nel 1997 da Alberto R. Mondini, Presidente della ARPC - Associazione Ricerca Prevenzione Cancro - fondata a Torino nel 1992)*

Per ulteriori informazioni o per richiedere il Catalogo rivolgersi a **ANDROMEDA**
via Salvador Allende n. 1, 40139 Bologna - Tel. ø 051.490439 - 0534.62477 - Fax 051.491356
e-mail: andromeda@posta.alinet.it - http: www.alinet.it/andromeda