

Cancro: quanto costa la terapia ufficiale?

Dal libro: "Senza chemio, radiazioni o chirurgia. 30 e più cure non distruttive di documentata efficacia", Macro edizioni 2001

Tabella dei costi di alcune strumentazioni e terapie anticancro allopatiche

Intervento chirurgico	Svariate decine di milioni di lire secondo il tipo di intervento*
Chemioterapia	Una fiala di chemioterapico, come il cisplatino, costa 1.000.000 di lire. Un ciclo completo di cocktail chemioterapici può partire da alcuni milioni per arrivare anche a 100 milioni al mese per ogni paziente. Se si prende come cifra media a malato anche solo quella di 10 milioni e si moltiplica per i 200.000 malati di cancro in Italia, il servizio sanitario nazionale paga alle industrie farmaceutiche qualcosa come duemila miliardi di lire l'anno.*
Acceleratore lineare	Circa 2 miliardi di lire e costi di gestione di 100-120 milioni di lire annui*
Stereotassi – Radioterapia	Un'applicazione di radioterapia convenzionale costa 1.100.000 lire. La stereotassi arriva a 40-55 milioni per un trattamento. Un ciclo completo di radioterapia è sempre quindi dell'ordine di decine di milioni di lire*
Nuovo Farmaco specialistico	350 miliardi di lire*
Visite, esami clinici e specialistici di un ammalato di cancro	Circa 10 milioni di lire*
Trattamento intensivo per la leucemia (negli USA)	100.000 dollari (220 milioni di lire)*

* Le cifre che riguardano le terapie ufficiali rappresentano somme a carico della struttura pubblica e non pagate direttamente dall'utente.

Legenda:

Acceleratore

lineare:

apparecchio

per

la

radioterapia

Stereotassi:

trattamento

di

radioterapia

particolare

Cisplatino: usando in associazione radioterapia e chemioterapia si utilizzano schemi che contengono questo farmaco derivato del platino.

Ma cosa s'intende per cancro curato?

Secondo i protocolli della medicina convenzionale si intende guarito quel paziente malato di cancro che sopravvive almeno cinque anni dal momento della diagnosi. Questo è il fatto. Se non vengono raggiunti risultati positivi effettivi, questi si possono conseguire modificando i canoni di giudizio. In questo modo un malato che muore sei-sette anni dopo la diagnosi può essere inserito nel numero dei "guariti" a tutto favore delle statistiche filo-chemioterapiche. Quando si afferma che nel 1930 solo un tumore su cinque era curabile mentre oggi ne è curabile uno su due bisogna anche tener conto del fatto che nel 1930 non esistevano tutti i sofisticati mezzi diagnostici odierni e che quindi la diagnosi della malattia poteva essere fatta ad uno stadio molto più avanzato della stessa per cui il tempo tra diagnosi e decesso era breve. Oggi, oltre alla questione del giungere a identificare la guarigione con il periodo di sopravvivenza di un lustro, bisogna anche considerare la precocità delle diagnosi (per cui la morte arriva naturalmente più tardi) che sicuramente concorre a fare la differenza. Che valore dunque possono avere le statistiche ufficiali? Se, come dice A. Mondini, dell'Associazione per la Ricerca e la Prevenzione del Cancro di Torino, si prova a chiedere al sistema medico le statistiche di sopravvivenza a dieci o quindici anni si trova un muro impenetrabile. Per fortuna alcuni ricercatori onesti hanno potuto elaborare e pubblicare statistiche più obiettive e reali. Il primo caso è quello del prof. Hardin B. Jones di cui si narra in

"Dalla medicina per la malattia alla medicina per la salute". Il secondo caso riguarda invece uno studio inglese pubblicato sulla rivista The Lancet il 13 dicembre 1975 da quattro ricercatori. Secondo questo studio, effettuato su 188 malati di carcinoma inoperabile ai bronchi, la sopravvivenza media di coloro che optarono per la chemioterapia completa fu di 75 giorni mentre coloro che scelsero di non ricevere alcun trattamento vissero in media 220 giorni.

Anche se lo studio può apparire datato è un dato di fatto che le sostanze chemioterapiche usate nei trattamenti non sono oggi molto diverse da quelle usate allora. Anzi la statistica è oggi valida ancor più in considerazione del fatto che i decessi per cancro sono aumentati. Un altro caso inerente statistiche obiettive è quello di John C. Bailar III, professore di epidemiologia e biostatistica alla McGill University. Durante una riunione per la valutazione ufficiale del programma nazionale americano contro il cancro nel 1994 Bailar sostenne che «*i nostri vent'anni di guerra al cancro [a partire dal National Cancer Act varato da Nixon nel 1971] sono stati un fallimento su tutta la linea*». Le cifre del National Cancer Institute dicono che la mortalità per cancro è aumentata negli Stati Uniti tra il 1975 e il 1990 del sette per cento. I casi di cancro al polmone sono aumentati nelle donne fra il 1973 e il 1990 di oltre il 100 per cento. Anche il melanoma e il cancro della prostata hanno registrato un aumento dell'80 per cento nello stesso periodo. Altre neoplasie in aumento sono i carcinomi del seno, del rene, del fegato e del cervello, il mieloma multiplo, il linfoma nonHodgkin, la leucemia e i tumori del sistema nervoso.

Per altri tipi di cancro per cui si sbandiera vittoria, data la diminuzione della loro mortalità, Bailar sostiene che tali successi non sono da attribuirsi alle terapie mediche ufficiali perché sono diminuzioni iniziate un decennio fa e sono molto più probabilmente legate a fattori diversi quali ad esempio i progressi dal punto di vista igienico nelle preparazioni alimentari per i cancri dello stomaco.

Ma non basta. Le statistiche americane e canadesi confermano che in molti casi si è provveduto ad operare interventi chirurgici asportativi dell'utero di donne alle quali era stata fatta una diagnosi di "probabilità" di cancro. Anche queste guarigioni miracolose attribuite poi alla medicina ufficiale rientrano nelle statistiche ortodosse quando non vi è alcuna certezza che si trattasse proprio di tumori.

Le dinamiche burocratiche che stanno dietro i ricoveri ospedalieri sono un'altra fonte di inquinamento delle statistiche. Quando un paziente viene dimesso si dice che è in remissione. Ogni qual volta il malato ritorna all'ospedale e poi di nuovo dimesso le "remissioni" aumentano.

Per efficacia della chemioterapia, inoltre, si intende la scomparsa o la riduzione della massa tumorale e la riduzione delle metastasi almeno del 50 per cento. Alcuni cicli di chemioterapia mirano proprio a questo. Se dopo tali trattamenti il tumore è rimpicciolito o scomparso il paziente è considerato guarito. Se dopo qualche mese il malato ritornerà a ricoverarsi per una velocissima recidiva, sia nello stesso ospedale e tanto più in un altro, esso risulterà un nuovo paziente perché quello "precedente" è guarito.

Infine, le autorità, dopo aver diagnosticato un cancro spingono con urgenza a sottoporsi alle terapie mutilanti della medicina "scientifica". Ma è importante far rilevare che quando viene appurata la presenza di un cancro è molto probabile che esso sia attivo da almeno cinque anni per cui nel 95% dei casi anche se si prendono due o tre settimane di tempo per riflettere non succederà nulla (4). Questo tempo è importantissimo perché darà l'opportunità di documentarsi su dati e statistiche concrete, di capire e smaltire lo shock psicologico che una tale "condanna di morte" avrà sulla mente nonché la possibilità di scegliere in autonomia la via di guarigione che si vorrà percorrere.

4. Lagarde, P. Tout savoir sur le cancer, Favre, Lausanne, 1997.