

CARTA duemila

**Coordinamento Associazioni per la Ricerca di Terapie Atossiche
centri di azione per la difesa della salute e il risanamento ambientale**

**gli Opuscoli
di CARTA duemila**

32

LUCIANO CHECCUCCI

L'altra storia dell'Aids

Una pubblicazione della Società Editrice Andromeda

via S. Allende 1 - 40139 Bologna · tf. ø 051. 490439 fax 051. 491356

e-mail: andromeda@posta.alinet.it - www.alinet.it/andromeda

Luciano Checcucci
Convento San Francesco - Via Antonio Giacomini, 3
50132 Firenze - fraluciano@email.it

Firenze, giugno 2006

LUCIANO CHECCUCCI

L'altra storia dell'Aids

Andromeda Edizioni

L'altra storia dell'Aids

Questa non ha la pretesa di essere un'altra storia dell'Aids che possa competere con quelle - di valore - che sono già state scritte, è solo una modesta ricerca (non ancora conclusa), un'esigenza interiore, maturata dopo la conferenza del Dr. Heinrich Kremer a Firenze il 21 maggio 2005, organizzata insieme a *NaturaOlistica.it*, di far conoscere a chi si occupa di Aids in modi diversi che c'è un'altra realtà che - mi sembra - non sia stata ancora presa in sufficiente considerazione, quella di autorevoli scienziati dissidenti che non accettano l'ipotesi virale come causa dell'Aids e cercano di dimostrarlo con una esauriente documentazione scientifica. Ma essendo l'Aids ormai universalmente considerata malattia virale, non c'è posto per chi non condivide. Un dibattito chiarificatore, che sarebbe un bel servizio per l'umanità, non sembra per ora realizzabile a nessun livello. L'imperativo dell'etica medica di non sottovalutare nessuna ipotesi, come contributo a trovare una pronta soluzione a questa sindrome, a tutt'oggi è stato disatteso.

ORIGINE DELL'AIDS

Ho la speranza e insieme a me tanti altri, che quanto prima venga riconosciuto che forse stiamo percorrendo una strada sbagliata che ancora – dopo più di 20 anni dall'inizio dell'era dell'Aids – non ha portato a risultati soddisfacenti nonostante l'impegno di decine di migliaia di medici e ricercatori, oltre 100.000 lavori scientifici ed un ingente stanziamento di fondi. L'Aids è l'epidemia meglio finanziata di tutti i tempi.

Ma «la risposta all'epidemia non sta nell'aumento dei fondi per la ricerca. La risposta va cercata in una reinterpretazione delle informazioni già a disposizione. Se non andranno a ricontrollare l'ipotesi di partenza (non

infettiva ndr), i ricercatori non riusciranno mai a trovare un senso nella montagna di dati disponibili. Il colossale fallimento della guerra contro l'Aids è la conseguenza prevedibile del fatto che gli scienziati indirizzano le loro ricerche partendo da una supposizione viziata alla base. Il vizio originario che ha segnato il destino della ricerca sull'Aids fin dal 1984 è che questa sia una malattia contagiosa. Dopo aver sposato questa tesi errata, gli scienziati sono stati costretti a fare molte altre supposizioni sbagliate su cui hanno poi costruito un enorme castello di idee fasulle...

... La valanga di fondi stanziati dal governo e dall'industria ha creato un esercito di esperti del binomio Hiv-Aids, un esercito che comprende scienziati, giornalisti e attivisti e che non può permettersi di dubitare dell'indirizzo della sua crociata. Migliaia di persone si battono per ottenere una fetta maggiore di fondi e pubblicità legati all'Aids, producendo sempre più lavori scientifici impostati sulla stessa linea. Con simili interessi in gioco, rimettere in discussione l'ipotesi iniziale sarebbe deleterio per la prosperità di troppa gente ...

... Il periodo in cui la ricerca sull'Aids ha preso in considerazione entrambe le ipotesi – infettiva e non infettiva – è durato solo tre anni. È iniziato con l'identificazione dell'Aids nel 1981 ed è ufficialmente terminato nell'aprile 1984 con l'annuncio del "virus dell'Aids" a una conferenza stampa convocata a Washington D.C. dal Ministro del Department of Health and Human Services (Hhs, Ministero della Sanità e Assistenza) e dal ricercatore Dr. Robert Gallo.

Questo annuncio fu fatto prima della pubblicazione di qualsiasi prova scientifica che confermasse la teoria virale. In questo modo poco ortodosso la scoperta di Gallo evitò il confronto con la comunità scientifica. Una scienza per conferenza stampa fu sostituita al tradizionale processo di imprimatur scientifico, che si basa sulla pubblicazione in giornali specializzati. Il "virus

dell'Aids" diventò subito un dogma nazionale, e tutto il peso del finanziamento federale fu dirottato in un'unica direzione: iniziò così la corsa per studiare il virus. Per i National Institutes of Health (Nih, Istituti superiori di sanità), i Centers for Disease Control (Cdc, Osservatori per il controllo delle malattie), la Food and Drug Administration (Fda, Ente per il controllo degli alimenti e dei farmaci), il National Institute on Drug Abuse (Nida, Istituto nazionale per le tossicodipendenze) e per tutti gli altri rami dell'Hhs nonché per tutti i ricercatori che ricevevano sussidi e contratti dal governo, la ricerca sulla causa dell'Aids era finita» (Dr. Peter Duesberg¹, Aids. Il virus inventato, p. 24ss).

« ... Lo stesso giorno (della conferenza stampa), Gallo depositò il brevetto per il procedimento del test oggi conosciuto come "test per l'Aids" e, il giorno successivo, The New York Times tramutò la teoria di Gallo in una certezza, pubblicando notizie sensazionali sul "virus che causa l'Aids" ...

... Annunciando ai media la propria ipotesi senza produrre dei dati concreti, Gallo violò una regola fondamentale del procedimento scientifico. Innanzitutto, i ricercatori sono tenuti a far pubblicare su un giornale medico o scientifico l'evidenza di un'ipotesi, documentando le ricerche o gli esperimenti condotti per formularla. Quindi, alcuni esperti esaminano e discutono l'ipotesi, tentando poi di ripetere gli esperimenti originari per confermare o smentire i risultati iniziali. Ogni nuova ipotesi, prima di venir considerata una teoria plausibile, deve reggere all'esame minuzioso di specialisti in quello stesso ambito ed essere verificata tramite esperimenti ad esito favorevole.

Nel caso dell'Hiv, Gallo annunciò pubblicamente un'ipotesi non confermata e i media riportarono questa sua opinione come fosse un fatto accertato, incitando i funzionari del governo ad impegnarsi in un nuovo piano d'azione per la salute pubblica basato sull'idea, non

*comprovata, dell'esistenza di un virus dell'Aids ...»
(Christine Maggiore², AIDS e se fosse tutto sbagliato?, p. 19).*

Ma Duesberg alimenta anche la speranza in una svolta:

*«Ma ora stanno sorgendo serie perplessità sul cosiddetto virus dell'Aids. Negli ultimi otto anni decine di eminenti scienziati hanno messo apertamente in dubbio l'ipotesi Hiv, e la controversia si fa più accesa con il passare del tempo. Il consenso sull'ipotesi virale sta andando in pezzi, con i suoi sostenitori che si impuntano sempre più caparbiamente con il crescere dei denigratori ...
(Duesberg, p. 26)*

*... Quando il pubblico verrà finalmente a conoscenza di queste tattiche ingannevoli, l'ipotesi dell'Hiv e i suoi fautori saranno giudicati con grande severità. Gli esperti di Aids faranno del loro meglio per fronteggiare la catastrofe, accettando l'idea di cofattori e gradualmente relegando l'Hiv a un ruolo meno importante nella genesi della sindrome, un processo che d'altronde è già iniziato»
(Duesberg, p. 478).*

Che possiamo fare per fermare questo «disastro in campo medico, della cui magnitudine non si hanno precedenti?»
(Duesberg, p. 478).

TEST PER L'HIV

«Benché sia stato speso più denaro nella ricerca sul virus Hiv che nello studio di tutti gli altri virus nella storia della medicina, non esiste nessuna prova scientifica che confermi l'ipotesi che il virus Hiv esista, che sia la causa dell'Aids e che quest'ultima sia una malattia virale. Centinaia di scienziati nel mondo chiedono una rivalutazione di questa ipotesi.

Non esiste un test per l'Aids. Quello che viene chiamato il test di sieropositività non identifica l'Aids. Tanto il test Elisa

quanto il Western Blot sono tests non specifici, nel senso che svelano la presenza di anticorpi prodotti contro microbi e batteri o di altri fattori che non hanno niente a che vedere con il virus Hiv e che si trovano spesso nel sangue di persone sane. Una semplice influenza può rivelare un test positivo. Anche una vaccinazione può farlo. È sufficiente che voi abbiate avuto un herpes, un'epatite o una vaccinazione per l'epatite B perché il vostro test divenga positivo. Anche alcune malattie come la tubercolosi o la malaria possono dare risultati falsamente positivi, e lo stesso vale anche per alcuni parassiti intestinali, l'alcolismo, alcune malattie del fegato o semplicemente per il fatto che il sangue sia molto ossidato per abuso di droghe. Anche la gravidanza può dare dei risultati positivi. Due noti giornali come *Usa Today* e *Wall Street Journal* hanno recentemente pubblicato dei rapporti della Fda (*Food & Drug Administration*) che dimostrano che con questi metodi di diagnosi esistono numerosissimi casi di falsi positivi» (Comunicato Andromeda n. 72/1999, Società Editrice Andromeda, Bologna).

Il Dr. Heinrich Kremer³ nel suo libro *La rivoluzione silenziosa della medicina del Cancro e dell'Aids* spiega in maniera dettagliata, ma pienamente comprensibile ai soli specialisti, per quali motivi il "test per l'Hiv" è inaffidabile. Riporto alcuni brani solo per evidenziare l'importanza dello studio, di cui si consiglia la lettura a chi desidera una informazione più completa e non unilaterale sull'Aids.

« ... La più importante delle regole standard per l'isolamento di un retrovirus in colture cellulari umane prevede la liberazione del materiale cellulare ottenuto nella coltura da tutte "le impurità", a eccezione delle particelle retrovirali sospette, frutto della gemmazione dalle membrane dopo la stimolazione della coltura cellulare (budding). Queste particelle, presunti retrovirus, devono essere separate dal liquido cellulare tramite centrifugazione ad altissima velocità e quindi catturate

in una soluzione di glucosio. Basandosi su ricerche sperimentali, era ben noto che in questa procedura i retrovirus si raccolgono nella soluzione di glucosio ad una certa profondità in forma di gradiente di densità. La tecnologia di laboratorio prevede una misura di 1,16 gm/ml. Molecole, frammenti di cellule, particelle virali e non virali del liquido cellulare centrifugato di diverse colture si raccolgono in questo gradiente di densità, in quanto i componenti si distribuiscono nella soluzione di glucosio non in base al peso molecolare ma secondo la densità dei componenti. Per garantire quindi che le presunte particelle virali siano raccolte in corrispondenza del gradiente di densità di 1,16 gm/ml, è necessario applicare una procedura di purificazione e di concentrazione, visto che solamente la raccolta delle particelle in corrispondenza del gradiente di densità consente di verificare se il diametro e il volume di queste particelle corrispondono effettivamente alle particelle retrovirali sospette, osservate al microscopio elettronico in fase di gemmazione dalla membrana cellulare (purificazione). Le colture cellulari contengono numerose particelle non virali, con forma, aspetto e struttura tali da non permetterne la distinzione con ragionevole certezza dai veri retrovirus; perciò, dopo l'effettivo isolamento tramite purificazione, il contenuto delle particelle deve essere preparato biochimicamente. Con una procedura di routine della biologia molecolare, le proteine del guscio delle particelle, compresa la proteina enzimatica caratteristica dei retrovirus e gli acidi nucleici all'interno del guscio delle particelle, devono essere identificati con precisione.

Se le proteine e gli acidi nucleici nelle particelle isolate e purificate presentano una struttura identica e se gli acidi nucleici in queste particelle formano molecole di RNA invece del DNA, solo così c'è qualche probabilità che si tratti di particelle retrovirali delle cellule umane. Una prova certa dell'esistenza di un retrovirus nelle cellule

umane è possibile solo se le molecole RNA in queste particelle costruiscono dei geni contenenti le istruzioni codificate per la biosintesi delle proteine contenute nelle particelle stesse, e se queste proteine possono effettivamente essere sintetizzate in maniera identica. Una volta disponibili queste certezze, non è ancora certo che queste particelle retrovirali appartengano a virus esogeni, trasmissibili e infettivi. Infatti si potrebbe trattare anche di retrovirus endogeni, identificati in una grande varietà nel genoma di numerosi tipi di cellule umane, e che non sono affatto infettivi. Per una differenziazione fra retrovirus esogeni ed endogeni nelle cellule umane, i retrovirus effettivamente isolati e caratterizzati biochimicamente devono essere trasmessi a colture cellulari umane, presentare nuovamente la gemmazione dalle cellule, essere nuovamente isolati e purificati, deve essere confermato l'isolamento tramite fotografie al microscopio elettronico, deve essere dimostrata l'identità biochimica delle proteine e degli acidi nucleici e l'RNA delle particelle deve essere un genoma codificato per la sintesi proteica specifica delle particelle retrovirali ... (Kremer, p. 161)

... Verso la metà del 1983, l'ipotesi irrazionale della "letale epidemia sessuale dell'Aids" era già stata programmata nella psicologia di massa, sulla base di qualche centinaio di casi dal 1978 fra gli omosessuali passivi con prolungata inalazione di nitriti e anni di abuso di antibiotici. In stretta cooperazione fra specialisti di laboratorio della ricerca oncologica retrovirale, le autorità sanitarie statali e i mass media, nel 1983 era già stato deciso che la malattia dell'Aids dovesse essere la conseguenza di un nuovo "agente patogeno" e di una "letale epidemia trasmessa con il sesso e il sangue". Si trattava solamente di decidere a chi la "mano invisibile del mercato" avrebbe concesso la commercializzazione a livello mondiale dei kit diagnostici. La squadra di Gallo con ogni evidenza doveva guadagnare tempo per

individuare il trucco di laboratorio decisivo che permettesse di isolare una quantità sufficiente di “Hiv” per produrre le “proteine Hiv” in numero sufficiente per i test di massa. La “produzione di Hiv” in provetta non era sufficiente a questo scopo ... (Kremer, p. 162)

... La richiesta di brevetto di Montagnier per un “test antiHiv” venne rifiutata negli Stati Uniti; la richiesta di brevetto dell’Istituto Nazionale del Cancro degli USA per il test di Gallo venne approvata in tempi record, prima ancora che lo stesso Gallo avesse pubblicato una sola riga sull’“isolamento dell’Hiv” e sullo sviluppo di un “test antiHiv” sulla base delle proteine dell’“Hiv” da lui isolato. Solo dopo anni di contenzioso giuridico fra gli Stati Uniti e la Francia, i diritti di brevetto per il “test antiHiv” furono riconosciuti a Gallo e Montagnier in occasione di un vertice fra l’allora presidente Reagan e l’allora sindaco di Parigi Chirac; in un gesto apparentemente nobile, questi diritti vennero conferiti alla Fondazione mondiale antiAids di cui Montagnier divenne presidente. In realtà questa assurda controversia permetteva di distogliere l’attenzione dal problema vero: e cioè il fatto che né Gallo, né Montagnier avevano mai “isolato” un retrovirus umano e l’origine retrovirale delle proteine del “test Hiv” non era mai stata dimostrata. Per l’opinione pubblica mondiale, il fatto che due specialisti di famosi istituti di ricerca come l’Istituto Pasteur e l’Istituto Nazionale del Cancro degli USA combattessero per il riconoscimento degli onori della scoperta, doveva per forza significare che il “nemico numero uno dell’umanità” (presidente Reagan 1984) esisteva realmente e quindi doveva essere la causa della “più tremenda epidemia del XX secolo” (Gallo 1991) e il “test dell’Aids” doveva proteggere la popolazione mondiale da questa “epidemia di massa letale” ... (Kremer, p. 163)

... Ma nel periodo dal 1983 al 1997, le immagini al microscopio elettronico dei componenti proteici del gradiente di densità non sono mai state pubblicate né

da Montagnier e Gallo né da alcun altro retrovirologo. Le prime immagini al microscopio elettronico del gradiente di densità in fase di “isolamento dell’Hiv” sono state pubblicate da due gruppi di ricerca nel marzo 1997, vale a dire 14 anni dopo la prima pubblicazione del presunto “isolamento dell’Hiv” a cura di Gallo e Montagnier (Bess 1997, Gluschankof 1997). A detta di uno dei pionieri della microscopia elettronica per il controllo dell’isolamento retrovirale in cellule di mammiferi, il professore di medicina De Harven, queste immagini al microscopio elettronico presentano “risultati disastrosi” (De Harven 1998a). Le prime immagini al microscopio elettronico, a comprova del materiale cellulare del gradiente di densità dopo “l’isolamento dell’Hiv” da cellule umane, mostrano “praticamente solo del materiale citologico” delle cellule umane nella coltura (Papadopulos-Eleopulos 1998a). Quindi, 14 anni dopo il presunto “primo isolamento dell’Hiv” e 13 anni dopo l’applicazione del “test Hiv” viene messo in evidenza che i retrovirologi e oncologi Montagnier e Gallo avevano semplicemente simulato “l’isolamento dell’Hiv” e che le proteine alla base degli antigeni per il “test Hiv” non sono altro che proteine residuali e di scarto delle colture cellulari umane. Il risultato di “sieropositività” perciò non significa altro che la reazione di un livello di anticorpi naturale, seppure aumentato, nel siero dei probandi ... (Kremer, pp. 164-165)

... Se i protagonisti dell’“isolamento Hiv”, nonché detentori del brevetto del “test Hiv” Montagnier e Gallo non furono apparentemente in grado di produrre una foto al microscopio elettronico specifica dei rifiuti cellulari purificati, presentando invece per 17 anni la foto al microscopio elettronico aspecifica del budding a comprova dell’identikit dell’“Hiv”, ciò dimostra che i sistemi di controllo nella ricerca medica non funzionano più: “Nella misura in cui riguarda la politica scientifica, la ricerca sui potenziali virus oncogeni era dominata

dall'ipotesi retrovirale. I finanziamenti pubblici alla ricerca presero la stessa strada, stimolati dall'idea incredibilmente ingenua secondo cui il successo dipendeva essenzialmente dai soldi. Il livello insolitamente alto di finanziamenti pubblici aveva portato alla creazione di un establishment della ricerca retrovirale. Nell'ambito di questa grande impresa venne creato un grandissimo numero di posti di ricerca. La libertà intellettuale che permettesse di riflettere su vie alternative della ricerca oncologica scompariva rapidamente, soprattutto quando i grandi gruppi farmaceutici iniziarono a offrire lauti contratti per la sola e unilaterale ricerca retrovirologica. La priorità era quella di dimostrare a ogni costo che i retrovirus hanno un qualche legame con il cancro nell'uomo, pur trattandosi di un'ipotesi mai confermata nel corso degli anni Settanta. Uno sforzo di ricerca di questo tipo, seppure orientato in una direzione sbagliata, sarebbe senza conseguenze ove non toccasse la sanità pubblica. Sfortunatamente, a partire dal 1981, l'insorgenza della Sindrome di Immunodeficienza (Aids) diede all'establishment retrovirale la possibilità di trasformare quello che fino ad allora si era rivelato un semplice insuccesso accademico, in una tragedia della sanità pubblica" (De Harven 1998b) ... (Kremer, pp. 170-171)

... Il primo "test Hiv" si chiama "Elisa". Successivamente fu dichiarato che il test Elisa produrrebbe una falsa positività nel 90% dei casi. In realtà, tutti i test Elisa sono erroneamente positivi, in quanto senza il reale isolamento di un retrovirus non è pensabile costruire un test in grado di segnalare la formazione di anticorpi contro un retrovirus. In seguito le proteine del campione cieco del brodo colturale vennero inviate attraverso un campo elettrico, definendo "proteine HIV" quelle proteine che si evidenziano marcatamente sulla base di determinati pesi molecolari. Questo procedimento tecnico di laboratorio è chiamato "Western Blot". Il "test Elisa" venne così

dichiarato “test di ricerca”, il “test Western Blot”, invece, “test di conferma”. Se il “test Elisa” risulta positivo per due volte, in seguito viene effettuato il “test Western Blot”. Se anche quest’ultimo è positivo, il paziente viene ritenuto “sieropositivo”. In realtà anche il “test Western Blot” non misura alcuna formazione di anticorpi contro un “retrovirus Hiv”, ma solamente una reazione di anticorpi contro quello che è stato inserito nel substrato di test: vale a dire proteine non definite, emesse da immunociti umani sottoposti a stress ripetuti.

Il “test di ricerca” quindi non sarà mai in grado di trovare quello che cerca, e cioè gli anticorpi umani contro un “retrovirus Hiv”, mai trovato nemmeno dal dott. Gallo e dal dott. Montagnier. Anche il “test di conferma” non è affatto in grado di confermare la formazione di anticorpi contro un “retrovirus Hiv”, in quanto il dott. Gallo e il dott. Montagnier avevano individuato solamente delle “caratteristiche aspecifiche”, mentre con ogni evidenza non erano disposti ad investire “due giorni di tempo e qualche centinaio di dollari” per individuare l’unica caratteristica specifica in grado di confermare l’esistenza del “retrovirus Hiv”, vale a dire il controllo al microscopio elettronico dopo la purificazione del liquido cellulare e la sedimentazione dei retrovirus eventualmente presenti nel gradiente di densità (De Harven 1998b) ... » (Kremer, p. 175).

È opportuno riportare qui quanto è accaduto allo stesso Kremer:

«Quando nel 1984 escono i primi test Hiv e il suo ospedale deve sperimentarli, analizza il funzionamento del test e lo ritiene non specifico. Esprime i suoi dubbi al Ministero della Sanità ma non viene ascoltato e gli viene confermato l’obbligo di utilizzarlo. Accetta a patto che il test sia anonimo. Prepara quindi le provette numerate col sangue dei pazienti e aggiunge altre provette numerate col sangue suo e dei medici dell’ospedale. Mentre non tutti i pazienti risultarono po-

sitivi, sia lui che tutti i medici risultarono positivi. Tutti i medici erano stati sottoposti al vaccino dell'epatite B come categoria a rischio dato che operavano in un ospedale per tossicodipendenti, e ciò era sufficiente a produrre abbastanza anticorpi per fare risultare positivo il test. Si rifiuta quindi di applicare un test chiaramente falso ai suoi pazienti, tanto più che ciò rappresenta una condanna a morte con pesanti conseguenze sui livelli di stress e quindi sullo stato psicofisico. In più rifiuta di somministrare farmaci altamente tossici a persone che invece avevano bisogno di trattamenti per stimolare la rigenerazione cellulare, soprattutto per danni epatici. Si licenzia e fa una previsione: nelle carceri tedesche (l'unico posto in cui le persone vengono sistematicamente testate all'Hiv all'entrata e all'uscita) non ci sarebbe stata nessuna sieroconversione, nonostante la presenza di ventimila tossicomani che scambiano siringhe e hanno rapporti sessuali non protetti. Dopo 10 anni tale previsione venne confermata. Nonostante numerosi contagi di epatite e malattie veneree, non ci furono sieroconversioni per "l'Hiv", tutti coloro che erano negativi all'entrata del carcere lo erano all'uscita. Ciò fu la conferma che gli anticorpi che danno risultato positivo ai test Hiv sono endogeni, indicano uno stato di metabolismo personale, non trasferibile perché si è formato nel tempo e che può essere o no patologico» (www.macroedizioni.it/speciali/heinrich-kremer).

In Duesberg, a pag. 269 del suo libro citato, si legge:

«La professoressa Eleni Papadopulos-Eleopulos⁴ ha seri dubbi sull'ipotesi dell'Hiv fin dal 1988. Nel giugno del 1993 lei e i suoi colleghi della University of Western Australia a Perth pubblicarono un articolo in "Bio/Technology" che lasciò scioccati anche i dissidenti dell'Hiv. Il loro articolo dimostrò che il test per l'Hiv è del tutto inaffidabile, perché produce fino al 90% di "falsi positivi" e si basa su standard che differiscono da nazione a nazione e anche da un laboratorio autorizzato all'altro all'interno dello stesso paese.

Anche i fedelissimi dell'ipotesi Hiv hanno trovato immorale che il destino di migliaia di vite, ogni giorno, sia determinato da un test di cui non ci si può fidare. Da allora il gruppo della Papadopoulos è diventato l'équipe medica più esplicita nel formulare dubbi sull'ipotesi dell'Hiv».

Sull'isolamento dell'Hiv, confrontando il pensiero di Duesberg e quello di Kremer, si nota una sostanziale differenza. Mentre Kremer, e altri, sostengono che non si può parlare di isolamento di un virus patogeno responsabile dell'Aids in quanto non sono state applicate le regole standard della virologia, Duesberg invece ammette l'isolamento dell'Hiv e afferma, dopo averlo in precedenza motivato, che poiché "l'Aids non si comporta affatto come una malattia infettiva ... l'Hiv è solo un latente e perfettamente inoffensivo retrovirus di cui molti, ma non tutti, i malati di Aids, possono essere portatori. Dire che l'Hiv è la causa dell'Aids significa mettere da parte tutto ciò che sappiamo sui retrovirus ... La teoria dell'Hiv è inconsistente, assurda e paradossale". Le conclusioni alle quali giungono per vie diverse sono le stesse: l'Aids non è una malattia infettiva.

Duesberg fa una proposta:

«...A parte tutte le prove circostanziali, il test epidemiologico definitivo per l'Hiv sarebbe un confronto di casi controllati. In tale studio, un grande numero di persone infette dovrebbero essere seguite nel tempo e confrontate con un uguale numero di persone non infette. I due gruppi dovrebbero essere scelti in base agli stessi parametri: stessa età, sesso, reddito e tutti gli altri rischi per la salute, uso di droga compreso. L'emofilia e altre complicazioni mediche verrebbero escluse. Se l'Hiv fosse davvero pericoloso, il gruppo di infetti svilupperebbe l'Aids quello dei non infetti no. Ma nessuno studio del genere si trova negli oltre 100.000 lavori scientifici che sono stati pubblicati finora su questo virus!» (Duesberg, p. 232)

Fa riflettere un'osservazione di Harvey Bialy, Ph.D., redatto-

re scientifico di “Biotechnology”, biologo nucleare, esperto di malattie tropicali, tratta dal “romanzo” di Luca Rossi *Sex Virus*, Feltrinelli Editore, Milano 1999, p. 26:

«Tutto ciò che riguarda questa malattia è unico e bizzarro: ogni cosa è rovesciata. Dicono che l’infezione da Hiv sia documentata dal test degli anticorpi. Cioè: un sieropositivo è tale perché ha gli anticorpi al virus, e questo dimostra che è malato. Ma non esiste una malattia al mondo preceduta, nel cento per cento dei casi, dai suoi anticorpi. Mai sentito. ... In più, gli anticorpi non sono soltanto la prova dell’infezione: sono anche una protezione, inibiscono la replicazione del virus. Essere sieropositivi significa, sostanzialmente, essere vaccinati. Ma, nel caso dell’Hiv, ti dichiarano morto ancor prima di essere ammalato» (Quella sporca storia dell’Aids, Società Editrice Andromeda, Bologna, p. 6).

TEST PCR

Il test per la misurazione della carica virale (*Polymerase Chain Reaction* o PCR – reazione a catena della polimerasi) viene considerato da molti come metodo sicuro per rilevare la presenza dell’Hiv. Ma lo stesso inventore Kary B. Mullis che nel 1993 ha ricevuto il premio Nobel per la chimica con questa scoperta, che consiste in un metodo sorprendentemente semplice per fare copie illimitate di DNA per facilitare all’osservatore la sua individuazione, lo giudica un test non adatto:

« ... il problema è l’efficacia della tecnica PCR che arricchisce ogni DNA presente nel campione, indipendentemente dal fatto se questo DNA appartiene all’Hiv oppure a un altro DNA presente contemporaneamente. Come si intende decidere quale parte del materiale arricchito possa essere il DNA Hiv ricercato e quale parte invece possa rappresentare le sequenze di DNA contemporaneamente presenti, se non è possibile

provare la presenza dell'Hiv nel campione senza l'impiego della tecnica PCR? (Johnson 1996)» (Kremer p. 312-313).

Ed ancora:

«Se ci fosse la prova che l'Hiv provoca l'Aids, dovrebbero esserci documenti scientifici che, singolarmente o collettivamente, lo provino, per lo meno con un'alta probabilità. Non esiste alcun documento del genere!» (Sunday Times of London, 28 novembre 1993).

«Dov'è la ricerca che dimostra che l'Hiv è la causa dell'Aids? Di questo virus ormai sappiamo tutto. Attualmente sono 10.000 i ricercatori al mondo che si sono specializzati in Hiv. A nessuno di loro interessa la possibilità che l'Hiv non provochi l'Aids, perché se così fosse, la loro specializzazione sarebbe inutile» (S. Francisco Chronicle, 21 ottobre 1993).

C'è dissenso anche nell'ortodossia:

«I risultati ripetutamente ed erroneamente positivi della carica virale sono un fenomeno ben recepito; questo lo ammettono perfino i medici ortodossi dell'Hiv (Weber 1997)» (Kremer, p. 323).

MALATTIE INDICATRICI DELL'AIDS

«L'Aids è una sindrome che comprende una trentina di patologie diverse, non è un'unica malattia. Clinicamente, viene identificata dalla diagnosi di specifici malanni noti alla scienza medica da decenni o da secoli. Il Cdc ha parecchie volte aumentato - mai diminuito - la lista ufficiale di patologie-marker dell'Aids, l'ultima risale al 1° gennaio 1993. La lista ora comprende la demenza, la diarrea cronica, tumori come il sarcoma di Kaposi e parecchi linfomi, e infezioni opportunistiche come la polmonite da Pneumocystis carinii, l'infezione da cytomegalovirus, l'herpes, la candidiasi e la tubercolosi.

Anche un basso livello di linfociti T nel sangue si può ora chiamare "Aids", accompagnato o meno da sintomi clinici reali. Di recente è stato aggiunto alla lista anche il cancro della cervice, la prima malattia legata all'Aids che può colpire solo un sesso (nel caso specifico, le donne). La ragione dietro quest'aggiunta è solo politica: è stata dichiaratamente inserita per aumentare il numero di femmine malate di Aids, creando così l'illusione che la sindrome si stia "diffondendo" nella popolazione eterosessuale. Originariamente le patologie da Aids erano legate insieme perché erano tutte in aumento all'interno di certi gruppi a rischio, ma oggi si pensa che derivino dalla base comune dell'immunodeficienza. La sovrapposizione fra l'Aids e certi gruppi a rischio è ancora vera ma un numero significativo di queste malattie non sono conseguenti all'indebolimento del sistema immunitario.

Secondo Blattner, Gallo e Temin, "La definizione di Aids formulata dal Cdc è stata revisionata già varie volte, man mano che erano disponibili nuove nozioni, e senza dubbio sarà modificata di nuovo". Comunque, né il Cdc né altri difensori dell'ipotesi Hiv identificano mai le "nuove nozioni" che rendono necessarie queste revisioni. È anche piuttosto curioso che tali "nuove nozioni" facciano sempre aumentare, mai diminuire, la lista di patologie che definiscono l'Aids. Una cosa è chiara: i ripetuti aggiustamenti in senso quantitativo della definizione di Aids hanno fatto aumentare le statistiche americane di Aids, mentre le infezioni da Hiv sono rimaste sempre costanti dal 1985.

L'aumento di nuovi casi Aids fino al 1993 è stato in gran parte il risultato delle artificiose definizioni di Aids. Ogni alterazione nella definizione ha aggiunto, non sottratto, patologie alla lista diagnostica. Ogni volta che il Cdc ha bisogno di percentuali più alte di nuovi casi, allarga ancora la definizione in modo da comprendere nella sindrome altre malattie. Basta un tratto di penna a creare

l'illusione del diffondersi dell'Aids: noti studiosi spiegano che le revisioni sono frutto del progredire della scienza, e il grande pubblico si sente rassicurato dagli sforzi federali che sono del tutto giustificati ... o forse solo un po' lenti» (Duesberg, pp. 224-227).

PERIODO DI LATENZA DELL'HIV

«Quel che è peggio è che gli esperti hanno scoperto, con molto imbarazzo, che le loro stime e proiezioni dell'epidemia erano sballate. Il cosiddetto periodo di latenza - l'intervallo di tempo fra il momento in cui una persona si infetta con l'Hiv e quello in cui manifesta sintomi clinici di Aids - nel 1984 si calcolava fosse di 10 mesi. Da allora ogni anno si ritocca verso l'alto la durata di questo periodo di incubazione: siamo ormai arrivati ai 10 anni e passa (siamo nel 1996, ndr)» (Duesberg, p. 22). «... Inoltre vi è il famoso discorso sulla presunta incubazione per l'Aids, che ha subito sostanziali modifiche nel tempo: da 10,4 mesi nel 1984, è aumentata di un anno all'anno fino agli attuali 16 anni» (ricerca scientifico-politica a cura di AnOK4U, del Collettivo "Il Mondo Capovolto" di Chieri-Torino, 2001).

Alla conferenza del Dr. Kremer a Firenze ho incontrato un uomo e una donna, da più di 20 anni diagnosticati sieropositivi, che sono vissuti sempre insieme. Con amarezza mi hanno detto che un medico disse loro, 20 anni fa, che dovevano rinunciare ad avere figli per la loro sieropositività e gli hanno creduto. Fino ad oggi, senza fare nessuna cura, hanno goduto sempre di ottima salute, come tanti altri.

CAUSE DELL'AIDS

Sulle cause dell'Aids, Duesberg, Kremer e tutti gli altri dissidenti sono concordi. Queste le principali:

Droghe

« ... Oggi (1996), a più di dieci anni dalla sua comparsa, la sindrome viene diagnosticata in omosessuali, tossicodipendenti ed emofiliaci nel 95 per cento dei casi, esattamente come dieci anni fa. Nove su dieci malati sono maschi, proprio come all'inizio. L'esistenza stessa di un "periodo di latenza" sta a suggerire che anni di pratiche contrarie alla salute sono necessarie perché si sviluppino queste patologie letali. Nella maggior parte dei malati di Aids in America e in Europa è stato identificato un rischio comune: l'uso a lungo termine di droghe pesanti (Duesberg, p. 233) ...

... I tossici che si iniettano in vena la droga, gli omosessuali maschi e i figli di madri tossicodipendenti costituiscono il 94 per cento di tutti i casi di Aids. Quindi, la correlazione fra uso di droghe pesanti e Aids è molto più marcata della correlazione fra Hiv e Aids. Le droghe hanno un'attività biochimica, e quindi anche psichica, ogni volta che vengono assunte ... ciascuna delle droghe più implicate nell'Aids ha una tossicità che potrebbe distruggere il sistema immunitario o causare altre patologie correlate con l'Aids ... » (Duesberg, p. 284).

Nitriti

«Pochi prodotti chimici sono più tossici dei nitriti. Inoltre, i poppers (stimolanti sessuali inalanti) producono grosse reazioni quando vengono a contatto con qualsiasi altra sostanza. Mischiandosi all'acqua, come accade nel corpo umano, danno luogo all'acido nitroso, che è un composto instabile che a sua volta distrugge qualunque molecola biologica gli venga a tiro. I nitriti e i loro derivati sono noti da tempo agli scienziati per la loro capacità di mutare il Dna, un processo verificato di recente con esperimenti diretti. Inoltre i nitriti sono fra le sostanze chimiche più cancerogene che esistano.

I nitriti inalanti sono citotossici, il che significa che

avvelenano o uccidono le cellule, comprese quelle di cui è composto il sangue e quelle epiteliali che tappezzano i polmoni ... Questa è la ragione per cui i nitriti causano anemia, immunodeficienza e polmonite negli animali da laboratorio e nell'uomo ... Entro il 1986 un "legame statistico" fra Aids e nitriti inalanti era diventato così evidente per le autorità sanitarie che la vendita dei nitriti fu vietata dal Congresso nel 1988 e successivamente dal Crime Control Act nel 1990 ... Al contrario, i medici trascurano la tossicità di queste droghe perché sono troppo occupati a raccomandare sesso protetto e aghi puliti come prevenzione per l'Hiv» (Duesberg, pp. 285-286).

Antibiotici

«Ci sono altri due potenziali fattori di rischio che andrebbero studiati. Man mano che lo stile di vita degli omosessuali usciva allo scoperto e diventava frenetico negli anni Settanta e Ottanta, le infezioni da virus, batteri ed altri parassiti crebbero esponenzialmente. Gli antibiotici diventarono la panacea per la comunità gay, bastava inghiottire qualche pillola e si poteva tornare a rischiare un'altra infezione ...

... La tetraciclina era in cima alla lista dei farmaci preferiti, e veniva usata come cura ma anche come prevenzione ... In alcuni casi questa abitudine raggiungeva degli eccessi ... La tetraciclina interferisce con il normale metabolismo di una persona. Usata per lungo periodo, può causare anche immunosoppressione.

Lo stesso si applica agli steroidi e all'eritromicina, altri due farmaci spesso prescritti per curare o prevenire malattie veneree. L'effetto collaterale peggiore degli antibiotici è forse quello di distruggere batteri utili ... chi usa antibiotici scopre a sue spese che il posto dei batteri uccisi viene preso da micosi o infezioni da lieviti» (Duesberg, pp. 297-298).

Medicazione con farmaci citotossici

L'AZT è il farmaco antiAids più prescritto nel mondo per il presunto bloccaggio selettivo del "retrovirus Hiv".

Per avere alcune indicazioni sulla tossicità del farmaco riporto alcuni brani tratti dal "Dossier AZT – la verità sul farmaco più tossico mai utilizzato per una terapia a lungo termine" (Ed. Andromeda, Bologna, 1994), basato sulle pubblicazioni di John Lauritsen⁵, in cui sono esposte dettagliatamente tutte le sue critiche.

«Il Dr. Lauritsen fino dal 1985, con instancabile tenacia, contesta le teorie ufficiali sull'Aids ed è probabilmente, fra i dissidenti, il maggior esperto sull'AZT. Lauritsen ha esaminato e criticato, con eccezionalità e competenza, tutti gli articoli scientifici su cui si basano le indicazioni per l'uso dell'AZT e le autorizzazioni alla sua immissione in commercio. Egli conclude che:

- 1) l'AZT è un farmaco altamente tossico, il cui uso a lungo termine è incompatibile con la vita;*
- 2) l'AZT è stato autorizzato ad essere immesso in commercio sulle basi di studi fraudolenti;*
- 3) non esiste prova scientifica credibile che l'AZT sia di una qualche utilità per i malati di Aids o per i sieropositivi.*

Natura e storia dell'AZT

L'AZT o azidotimidina o zidovudina (nome commerciale Retrovir), è un analogo nucleosidico cioè una sostanza che viene incorporata nella catena del DNA, sfruttando la sua similitudine, al posto di un componente "normale" di questa (appunto un nucleoside), interrompendo così la sintesi del DNA stesso. Una specie di "boicottaggio chimico" del DNA. L'AZT fu sintetizzato nel 1964 a Detroit, in un laboratorio del Nci (National Cancer Institute, Istituto Nazionale dei Tumori), dal Dr. Jerome Horwitz. Esso fu sviluppato nella speranza che fosse utile nel trattamento del cancro, ma fu ben presto abbandonato, poiché non

era efficace: non riuscì infatti a prolungare la vita degli animali affetti da leucemia. Esso non fu mai sperimentato sull'uomo poiché si era dimostrato completamente inefficace negli animali di laboratorio. Il Dr. Horwitz appare seccato quando gli si chiede della sua "creatura" e oggi sostiene che l'AZT fu abbandonato esclusivamente per la sua inefficacia. Alcuni reporters, però, riferiscono che Horwitz ha affermato, in alcune interviste passate, che l'AZT era stato messo da parte soprattutto per la sua estrema tossicità (oltre che per l'assoluta inefficacia e per l'elevato costo di produzione): esso non solo non curava il cancro, ma addirittura lo causava! In ogni caso, qualunque sia la verità sugli studi di tossicità per l'AZT, resta il fatto che esso venne abbandonato come chemioterapico antitumorale senza neppure provarlo sull'uomo. Questo significa che nessun essere umano lo aveva mai assunto prima dei volontari nel test per la sua registrazione verso la metà degli anni '80. Nel 1987 l'AZT venne approvato per il trattamento di pazienti portatori del virus Hiv sia sintomatici che asintomatici, con una delle più rapide registrazioni di un farmaco nella storia dell'Fda (l'agenzia americana che controlla e regola il mercato dei farmaci).

Tossicità

Nel dicembre del 1989 la Wellcome, produttrice dell'AZT, comunicò che il farmaco si era rivelato cancerogeno per gli animali da laboratorio. Esso, in un ampio studio, aveva provocato tumori della vagina in femmine di ratti e topi ma il potenziale cancerogeno, secondo la portavoce della Wellcome Kathy Bartlett, non doveva essere interpretato come limitato solo alla vagina o solo alle donne. La stessa Wellcome si è affrettata però a precisare, come è annotato anche nel foglietto illustrativo del farmaco, che il valore predittivo di studi di cancerogenesi nei roditori, rispetto alla specie umana, è

incerto e pertanto il significato clinico di tali osservazioni non è chiaro”.

Ma se è così, come mai questi studi vengono fatti prima di tutti gli altri? Se non hanno valore predittivo, perchè sono compresi in tutti i protocolli di studio per la tossicità dei nuovi farmaci?

Ma già prima del 1989 c'era motivo di preoccuparsi per la cancerogenicità dell'AZT. Nel 1987 la Fda fu costretta a consegnare, sotto il “Freedom of Information Act” (legge sulla libertà d'informazione), una gran quantità di documenti relativi all'approvazione dell'AZT. Fra questi c'era il “Review & Evaluation of Pharmacology & Toxicology Data” (NDA 19-655 del 29-12-86) per il farmaco Retrovir, elaborato dal tossicologo dell'Fda Harvey I. Chernov, Ph. D. Chernov aveva controllato decine di studi sia in vitro che sugli animali di laboratorio (ratti, topi, conigli, cani) e sugli uomini. Il dato più evidente era che l'AZT era tossico per il midollo osseo, e causava quindi anemia. Inoltre, il “Test di Trasformazione Cellulare” indicava che l'AZT era probabilmente cancerogeno; infatti Chernov affermava: “... un aumento statisticamente significativo nel numero dei ‘foci’ aberranti fu notato a concentrazioni di 0.5 mcg/ml. Questo comportamento è caratteristico delle cellule tumorali e suggerisce che l'AZT possa essere un potenziale cancerogeno. Esso sembra essere almeno attivo quanto il materiale di controllo positivo metilcolantrene” (un noto ed estremamente potente cancerogeno ndr). Il Prof. Chernov era inoltre preoccupato che nella fretta di approvare l'AZT, la Fda violasse le sue stesse regole e procedure sulla base di informazioni inadeguate, e concludeva il suo esame dei dati tossicologici e farmacologici raccomandando che l'AZT non fosse approvato per la commercializzazione: “... In conclusione l'intero profilo tossicologico preclinico è lungi dall'essere completo, con i dati a 6 mesi disponibili ma non ancora consegnati, gli studi a un anno che devono ancora ini-

ziare, ecc. I dati disponibili sono insufficienti per supportare l'approvazione da parte dell'Fda".

Nonostante questo autorevole parere contrario, l'Fda approvò in gran fretta la commercializzazione del farmaco.

Gli effetti collaterali dell'AZT riconosciuti anche ufficialmente sono: anemia (che spesso richiede trasfusioni), neutropenia e leucopenia (cioè diminuzione dei granulociti e leucociti, che fanno parte dei globuli bianchi), nausea, cefalea, esantema, dolori addominali, febbre, mialgie, parestesie, vomito, insonnia e anoressia. Altri, giudicati meno frequenti, sono: astenia, malessere, sonnolenza, diarrea, vertigini, sudorazioni, dispepsia, dispnea, flatulenza, dolore toracico, perdita di acutezza mentale, ansia, pollachiuria, depressione, dolori generalizzati, brividi, tosse, orticaria, prurito e sindrome parainfluenzale.

Ma altri effetti collaterali, anche se non vengono riportati nella scheda tecnica dell'AZT, sono stati riscontrati e fra questi:

- atrofia muscolare e polimiosite, dovuta ad inibizione della sintesi mitocondriale
 - linfoma (tumore maligno delle linfoghiandole) in circa il 9% dei soggetti entro un anno dall'inizio della terapia
 - epatite acuta (non virale)
 - discromia delle unghie.
- (...)

Il "Dossier AZT" continua con un esteso resoconto di Lauritsen sulle irregolarità dello studio controllato in doppio-cieco, condotto nel 1986 dalla Fda in dodici centri medici sparsi negli Stati Uniti, che consentì la registrazione dell'AZT. Lauritsen inoltre critica e mette a nudo, in tutta la loro pochezza scientifica, anche altre importanti pubblicazioni utilizzate dall'*establishment* dell'Aids per giustificare l'uso del farmaco, in particolare: lo studio che confermò l'efficacia dell'AZT; lo studio su cui si basò la Fda per raccomandare l'uso

dell'AZT nei sieropositivi asintomatici; il comunicato del Niaid (National Institute of Allergy and Infectious Disease, Istituto nazionale di malattie allergiche e infettive) da cui si dedusse l'utilità dell'AZT nei sieropositivi con lievi sintomi di compromissione del sistema immunitario.

Il Dossier termina con queste parole di Lauritsen:

«Io ho sostenuto, e continuo a sostenere, che non c'è una sola prova scientificamente credibile che l'AZT arrechi un qualche tipo di beneficio. Questa è una sfida aperta, ed io sarò grato a chiunque fra i fautori dell'AZT mi saprà citare un solo studio - soltanto uno - che dimostri i benefici dell'AZT e che nel contempo meriti di essere definito "scientificamente credibile". Fino ad ora questa sfida o è stata elusa completamente, oppure sono stati snocciolati una dozzina di "studi" assolutamente inutili col commento che la prova è "schiacciante".

È legittimo parlare di un rapporto "rischio-beneficio", ma prima il "beneficio" deve essere stabilito. Non serve sostituire la quantità alla qualità. Una dozzina di studi inutili non provano niente, neppure se tutti concordano fra di loro.

In questo dossier abbiamo visto come siano stati utilizzati tutti i mezzi (anche i più illeciti) per presentare l'AZT come un farmaco efficace (cosa che assolutamente non è) e dalla tossicità quasi trascurabile. La tossicità dell'AZT è in realtà severa e ben stabilita, compresa la sua carcinogenicità. (...) Ma ora è più importante salvare delle vite. Oltre 200.000 persone (affette da ARC⁶, da Aids o semplicemente sieropositive) si stanno avvelenando con gli analoghi nucleosidici AZT e ddl. Dobbiamo aiutarli, dobbiamo dare l'allarme prima che sia troppo tardi, dobbiamo informarli che essi non hanno nulla da guadagnare e tutto da perdere utilizzando l'AZT».

Anche il Dr. Kremer nel capitolo dedicato alla medicina dell'Hiv/Aids, ma anche in quello sull'Africa, mette in chiaro tutto quello che è opportuno conoscere sui farmaci contro

l'Aids. Quanto segue è solo un accenno:

« ... Il meccanismo effettivo dell'AZT è conosciuto al di là di ogni ragionevole dubbio: l'AZT blocca certi enzimi della catena di respirazione di immunociti e altre cellule non immunitarie.

La conseguenza è lo svilupparsi di un'infezione opportunistica (Aids), di determinati tumori e la degenerazione delle cellule muscolari e nervose ... (Kremer, p. 412)

... Perfino il produttore Burroughs Wellcome (ora Glaxo Smith Kline), che commercializza l'AZT con la sigla chimica di Zidovudine e con il nome commerciale Retrovir, si vide costretto a tutelarsi giuridicamente contro eventuali richieste di risarcimento: "Il Retrovir (Zidovudine = AZT) può essere associato a danni tossici gravi delle cellule blutbildend (cellula del sangue a maturazione rapida), compreso il blocco della maturazione dei globuli bianchi (granulocitopenia) e il grave blocco della maturazione dei globuli rossi (anemia), in particolare nei pazienti con malattia Hiv progredita (...) La degenerazione e i processi infiammatori delle cellule muscolari con alterazioni patologiche (miopatie e miositi), simili a quelli prodotti dalla malattia Hiv, sono associati alla medicazione prolungata con Retrovir" (Glaxo Wellcome 1998).

Nulla più della confessione del primo gruppo farmaceutico mondiale è in grado di provare la perdita di ogni etica medica, secondo cui una sostanza - che secondo numerosi referti sperimentali indiscutibili non è in grado di sviluppare l'integrazione selettiva dell'AZT nella catena DNA di un "DNA provirale del retrovirus Hiv" - produce invece dei gravi danni tossici nelle cellule del sangue e dei muscoli. Questa constatazione del produttore giustifica l'accusa penalmente rilevante di lesioni aggravate dall'esito fatale. Nessuno ha realmente isolato un "DNA provirale del retrovirus Hiv" (Papa-

dopulos-Eleopulos 1993a, 1998a) e, nonostante il più grande investimento di capitali nella storia della medicina e intensi sforzi di ricerca, nessuno ha potuto provare un meccanismo patogenetico del “DNA provirale del retrovirus Hiv” (Balter 1997). Al contrario, i gravi disturbi di maturazione delle cellule immunitarie e non immunitarie, espressi da Glaxo Wellcome, sono stati diagnosticati con assoluta regolarità in milioni di casi di somministrazione di AZT nel mondo. La constatazione di Glaxo Wellcome, secondo cui i danni cellulari gravi si verificano nelle cellule del sangue a maturazione rapida, soprattutto nei “pazienti con malattia Hiv avanzata” dopo la medicazione con AZT, non significa altro che l’AZT aggrava ulteriormente il predominio delle citochine di tipo 2 (tabella in Lucey 1996), documentato nella prima fase “dello stadio di sieropositività” da numerosi studi, a causa delle proprietà chimiche della sostanza. “Fase avanzata della malattia Hiv” significa che le capacità di disintossicazione delle cellule immunitarie e non immunitarie vengono meno, a causa di una esposizione prolungata a stress nitrosativi e/o ossidativi. Somministrare una sostanza altamente nitrosativa e ossidativa a un paziente in questa situazione diagnostica univoca, invece di migliorare la capacità di disintossicazione dei sistemi cellulari del paziente, corrisponde giuridicamente a un’azione di avvelenamento, che prima o poi condurrà alla morte del paziente già avvelenato ... ” (Kremer, pp. 241-242)

... Secondo gli esperti è possibile “che nel giro di 10 anni vi sarà un’incidenza massiccia di infarti tra gli infetti Hiv; e anche le neoplasie potrebbero diventare problematiche, a causa dell’indebolimento del sistema immunitario (dovuto agli effetti collaterali della terapia)”» (Der Spiegel: “Il futuro dei morituri”, 10/7/2000) (Kremer, p. 419).

L’AZT negli anni immediatamente successivi alla sua approvazione veniva prescritta in dosi talvolta letali di 1000/1500

mg giornalieri, finché nel 1996 fu introdotta la terapia combinata HAART (terapia antiretrovirale altamente attiva o “terapia cocktail”) che unisce all’AZT gli inibitori delle proteasi⁷ e che - secondo le promesse dei medici dell’Hiv/Aids - avrebbe dovuto, entro tre o quattro anni, con un trattamento permanente e aggressivo, eliminare completamente i virus Hi. Il Dr. Kremer nell’opera citata, dopo avere nei dettagli spiegato magistralmente il funzionamento e gli effetti tossici degli analoghi nucleosidici della transcriptasi inversa (AZT) e degli inibitori delle proteasi Hiv, spiega come la promessa non si è realizzata perché - fra l’altro - :

« ... indipendentemente dalla presenza o meno dei cosiddetti virus Hi, l’HAART provoca una selezione di immunociti TH2 helper che non sono in grado di produrre l’NO⁸ citotossico contro funghi intracellulari, parassiti, micobatteri, citomegalovirus, ecc. In altri termini, con il trattamento HAART e con interleuchina-2 ... l’organismo viene reso incapace di difendersi contro i patogeni opportunisti intracellulari (Aids) ... Poiché HAART + inibitori delle proteasi causano notoriamente gravissimi danni mitocondriali e alterazioni metaboliche (tabella Brinkman 1999), l’affermazione secondo cui gli inibitori delle proteasi inibirebbero esclusivamente la proteasi proteolitica dei cosiddetti virus Hi, perfino se questi esistessero davvero, è oggettivamente sbagliata ... (Kremer, pp. 322-323)

... Il trattamento HAART combatte con una chemioterapia aggressiva i processi naturali di guarigione delle cellule immunitarie e non immunitarie, squilibrate a causa del deficit di glutatione⁹, mentre tralascia le necessarie terapie di ripristino della carenza di protoni liberamente convertibili ...

... I gruppi di ricerca Hiv ortodossi avevano presentato dati che già nel giugno 1999 diedero luogo alla seguente affermazione: “Due studi clinici evidenziano il fallimento della terapia HAART convenzionale nella sua intenzione

di giungere alla completa eliminazione dell'Hiv. Si ritengono necessari da dieci a sessant'anni per l'eliminazione dell'Hiv" (Saag 1999).

Nel 2000 durante il Congresso mondiale dell'Aids in Sudafrica i pazienti interessati e l'opinione pubblica mondiale non seppero nulla di questi risultati dai media internazionali. In caso contrario non sarebbe stato possibile vendere l'AZT, ecc. ai paesi in via di sviluppo» (Kremer, p. 325).

Carenze alimentari e di igiene

Sono descritte più avanti nella situazione in Africa.

INTERRUZIONE DELL'ASSUNZIONE DELL'AZT

A questo punto sarà molto utile vedere cosa avviene quando si smette di prendere l'AZT. Nel libro citato di Christine Maggiore sono riportate molte testimonianze di sieropositivi che quando hanno interrotto l'assunzione dell'AZT le loro condizioni di salute sono prontamente migliorate; altri, invece, che dopo tanti anni dalla sentenza di morte imminente perché sieropositivi non hanno mai preso AZT, sono tuttora in ottima salute. Non è possibile riportare tutte le testimonianze: il libro è disponibile nelle librerie. Christine Maggiore così introduce le testimonianze:

« ... Il nuovo grido di battaglia nella guerra all'Aids, Trattamenti=vita, viene considerato da più parti come una verità assoluta, una regola senza eccezioni. Le persone sieropositive che rimangono in vita senza utilizzare medicinali, compaiono solo occasionalmente nelle cronache dei media, vengono considerate come un gruppo molto ristretto e si pensa che la loro sia solo una temporanea ed inspiegabile questione di fortuna.

Una visione così limitata rispetto all'Aids lascia il gran pubblico totalmente ignaro del fatto che, in tutto il mondo,

ci sono migliaia di uomini, donne e bambini che rimangono naturalmente sani anche molti anni dopo essere risultati sieropositivi. Fra tutti gli interrogativi sull'Aids che sono ancora senza risposta, il più urgente è forse quello in cui ci si chiede come mai le persone che sono vive e in salute sfidando completamente il paradigma Hiv=Aids=Morte, siano state del tutto ignorate. Quelle che seguono sono soltanto alcune delle voci che vanno ascoltate se desideriamo davvero capire e risolvere l'Aids ... » (Maggiore, p. 156).

Ecco alcune rassicuranti comunicazioni di Duesberg (qui non sono riportate le fonti dei tre studi, da lui citate):

« ... Alcuni piccoli studi hanno tentato la strada inversa, cioè hanno descritto cosa succede ai pazienti che sospendono l'AZT. Di quattro malati che avevano sviluppato una forte anemia dopo qualche settimana di trattamento, tre si sono ripresi dopo che il medico aveva sospeso l'AZT. In un altro gruppo di cinque pazienti si è riscontrata atrofia muscolare, sintomo regredito in quattro casi a distanza di sole due settimane dalla sospensione dell'AZT; due di questi pazienti hanno accusato di nuovo lo stesso sintomo dopo aver ripreso il trattamento. Il più drammatico di questi studi descrive la situazione di 11 malati di Aids in via di peggioramento a cui il medico aveva tolto l'AZT: il sistema immunitario di dieci di loro si è subito ripreso e per alcuni il miglioramento è continuato nel tempo ... » (Duesberg, p. 342).

CURE

Per i rimedi è necessario eliminare le cause e gli stili di vita che hanno originato la sindrome di immunodeficienza e seguire opportune terapie non tossiche di sostegno e riequilibrio del sistema immunitario. Il Dr. Kremer nell'opera citata tratta questo argomento, ma è impossibile riferirne il complesso contenuto in poco spazio. Di nuovo se ne consiglia la lettura

a chi è interessato.

Nella pubblicazione *Aids una questione aperta*, della Società Editrice Andromeda di Bologna - www.alinet.it/andromeda, sono presentate alcune proposte terapeutiche alternative che hanno dimostrato di beneficiare i malati di Aids. Ne vengono elencate solo le più note. Fra queste, in una breve sintesi: l'*Omeopatia*, che agisce stimolando le capacità di difesa e di autoguarigione dell'organismo; la *Medicina Tradizionale Cinese* con l'agopuntura e i rimedi fitoterapici; la *Fitoterapia*, con un elenco di piante immunostimolanti e antinfettive e alcuni rimedi costituiti dalle miscele di varie piante. Fondamentale è una *corretta nutrizione* oltre ad una integrazione di vitamine, minerali, acidi grassi essenziali, aminoacidi. Si sono rivelate molto importanti le *Terapie di ormoni naturali* per ristabilire l'equilibrio delle ghiandole endocrine e *Terapie Biofisiche* che utilizzano differenti energie (elettriche, magnetiche, radioonde, ecc.) e le applicano al corpo umano in modi diversi.

Ma prima delle cure è opportuno liberarsi dallo *stress psichico* della paura di morire perché "sottoposta a stress psichico, qualunque persona sviluppa uno stato di ipercortisolismo, cioè secerne continuamente ormoni di stress, con la conseguenza che la immunità cellulare peggiora a favore della immunità umorale, con la conseguenza che i globuli bianchi si ritirano dal flusso sanguigno" (dr. Hässig et al. 1995).

«Tutte le terapie naturali riconoscono l'uomo come un tutto inscindibile fatto di corpo e psiche, e riconoscono le profonde intersezioni ed interrelazioni fra queste due parti. Nei pazienti è quindi fondamentale la ricerca di un equilibrio psicologico. Vanno ricercati una riduzione dello stress, delle migliorate relazioni umane, un atteggiamento positivo verso la vita ed una reale volontà di guarire. Alcuni autori hanno riportato risultati positivi da terapie di supporto psicologico, esercizi di meditazione e tecniche di rilassamento. Utile si è

dimostrata anche la psiconeuroimmunologia, che si basa sui collegamenti fra gli stati mentali e le funzioni dell'organismo (immunità, ecc.).

Michael Ellner, psicoterapeuta, uno dei responsabili di HEAL¹⁰ (New York) sostiene che i sieropositivi siano "programmati per morire", su di loro cioè, l'equazione Hiv=Aids=Morte ha l'effetto di un voodoo. Egli quindi, con opportune tecniche psicologiche, "riprogramma" questi pazienti, togliendo loro il terrore dell'Hiv e la certezza di morire di Aids. Questo gli ha permesso di ottenere risultati veramente interessanti, ed ha consentito una migliore efficacia delle terapie alternative da loro utilizzate» (Aids una questione aperta, a cura di Raul Vergini, p. 26).

VACCINI PER L'AIDS

Robert Gallo nella citata conferenza stampa dell'aprile del 1984, dopo l'annuncio che "l'Hiv è probabilmente la causa dell'Aids", promise con sicurezza un vaccino entro due anni per bloccare l'epidemia di Aids.

«Come si intendesse sviluppare un vaccino contro una probabile causa, rimane un mistero ancora oggi ... il difetto congenito della medicina dell'Hiv/Aids è la domanda di brevetto avanzato dagli inventori del cosiddetto test Hiv prima ancora di ogni pubblicazione scientifica. La rapida commercializzazione ha portato alla corruzione precoce della medicina dell'Hiv/Aids ... »
(Kremer, p. 420).

Per quanto riguarda il vaccino italiano, attualmente nella seconda fase, nonostante le dovute perplessità per quanto sin qui esposto, prima di esprimere un giudizio è opportuno attendere il termine della sperimentazione, che si protrarrà per qualche anno.

La stessa considerazione dovrebbe essere usata per le ipotesi dei dissidenti di cui si parla in questa ricerca.

LA SITUAZIONE IN AFRICA

Diversamente da quanto avviene in altre Nazioni, in Africa l'Aids può essere diagnosticata semplicemente in caso di febbre, diarrea, perdita del 10% del peso corporeo e tosse persistente. Ma questi sintomi sono associati alle malattie presenti da decenni in Africa, come la tubercolosi, la malaria, una lunga serie di infezioni ed altre, tutte conseguenza di povertà, carenze alimentari, mancanza di igiene, ecc. Prima dell'avvento dell'Aids tali patologie venivano chiamate col loro nome, ora sono Aids, senza che sia cambiato niente. Ma lasciamo parlare chi è bene informato.

« ... Nei paesi africani, gli standard clinici per la diagnosi di "Aids" e gli standard dei protocolli per accertare il livello di anticorpi contro i cosiddetti virus Hiv non sono affatto congruenti con gli standard dei paesi occidentali. Independentemente dalla razza e dalle procedure di diagnosi specifiche di ogni paese, sono invece identiche in tutti gli esseri umani le risposte programmate nella biologia evolutiva delle cellule immunitarie e non immunitarie agli stati di stress nitrosativo e ossidativo. In Africa si tratta soprattutto di processi infiammatori e infettivi cronici, mancanza di proteine e carenze nutrizionali (nutritional Aids), inquinamento delle acque potabili da batteri nitrificanti e contaminazione con gli alimenti con nitrosamine; fattori questi che possono portare a una sintomatologia clinica di infezioni opportunistiche (Aids) come conseguenza dello switch indotto TH1-TH2 (con conseguente dominanza dei linfociti TH2).

Le infezioni croniche causate da micobatteri, come la tubercolosi cronica o la forma lepromatosa della lebbra; da batteri spirocheti, come la forma terziaria della sifilide; dall'agente della malaria, da tripanosomi, toxoplasma e altri parassiti; da funghi come il Pneumocystis, da forme di Candida, istoplasma, criptococchi e molte altre, sono

sempre il frutto di una risposta immunitaria TH1 troppo debole e di uno spostamento dell'equilibrio immunitario cellulare TH1-TH2 verso uno status immunitario TH2 con un aumento nella produzione di anticorpi. Le infezioni causate dai vermi scatenano sin dall'inizio una risposta immunitaria TH2 che può diventare cronica. In Africa, i sintomi clinici cronici di tipo e durata aspecifici, dal 1985 vengono diagnosticati come Aids in base alla definizione di Bangui, e inoltre senza fare il test dei cosiddetti anticorpi antiHiv ...» (Kremer, p. 394).

TESTIMONIANZE DALL'AFRICA

Duesberg racconta alcuni episodi che fanno un po' di luce sulla realtà africana (si tratta di notizie dei primi anni '90, ma ugualmente significative; più avanti sono riportate informazioni più recenti nell'articolo di Sam Burcher).

«L'Africa, d'altra parte, è stata reclamizzata come teatro di una tragedia già in atto, l'esempio più drammatico di ciò che può accadere nel mondo industrializzato se non si seguono le raccomandazioni del Cdc. In un continente con 6-8 milioni di sieropositivi, si racconta che interi villaggi sono scomparsi mentre economie già deboli vengono ridotte al collasso dalla mortalità dilagante. Secondo i resoconti, gli ospedali scoppiano per l'eccessivo carico dei malati di Aids.

Un esame più approfondito della situazione dà un quadro diverso. Tanto per cominciare, in Africa la crescita della popolazione è più alta che in qualsiasi altro continente - 3 per cento all'anno - una cifra che smentisce la supposta devastazione causata dall'Aids. Da quando è iniziata l'epidemia, tutto il continente africano ha denunciato solo 345.000 casi di Aids fino al dicembre 1994, meno che negli Stati Uniti. Questo significa che gli Hiv-positivi che sviluppano Aids sono circa lo 0,5 per cento, mentre il tasso negli Stati Uniti è dieci volte tanto. Né la cifra bassa

è dovuta a un sistema di denuncia lacunoso, inferiore alla realtà. Il sistema di sorveglianza per l'Aids in Uganda, considerato in tutto il mondo un modello per il resto dell'Africa, fornisce dati simili. Gli ambulatori che controllano molti sieropositivi di solito scoprono pochissimi casi di Aids. Un'altra conferma viene da Felix Konotey-Ahulu, un medico-scientziato del Ghana che lavora al Cromwell Hospital di Londra. All'inizio del 1987 il medico visitò decine di città in tutta l'Africa sub-sahariana, cercando di valutare le dimensioni dell'epidemia. Al suo ritorno scrisse un editoriale indignato per il "Lancet", dove criticava i resoconti dati dalla stampa:

Se si giudicasse la diffusione dell'Aids in Africa secondo una scala arbitraria da 1 (problema limitato) a 5 (catastrofe), io le assegnerei il grado 2 solo in cinque delle nazioni dove è stata segnalata (o forse sei, dato che non ho ottenuto il visto per lo Zaire).

La frase "probabilmente si tratta di una sottostima" è apparsa spesso sulla stampa, accoppiata alle cifre iperboliche dell'epidemia in Africa...

Se decine di migliaia di persone stanno morendo di Aids (e gli africani non cremano i loro morti), dove sono le tombe?¹¹.

Konotey-Ahulu si sentì in dovere di visitare proprio quegli ospedali che la stampa occidentale presentava come i "lazzaretti" dell'epidemia, ma anche lì trovò pochissimi casi di Aids. Eppure, i medici stessi in Africa si sono prestati a costruire il mito della pandemia di Aids. Celia Farber, giornalista di "Spin", ne ha scoperto la ragione durante un viaggio recente in Africa:

Molti credono che le statistiche siano state gonfiate perché l'Aids porta molti più soldi nel Terzo mondo da parte delle organizzazioni occidentali di qualsiasi altra malattia infettiva. Lo abbiamo constatato con i nostri occhi: dove c'era l'"Aids" c'era denaro - una clinica nuova di zecca, una Mercedes nuova parcheggiata all'esterno,

laboratori moderni, posti di lavoro ben pagati, congressi internazionali -. Un noto medico africano ... ci ha avvertito di non farci illusioni su quel viaggio. "Non avete idea in che ginepraio vi siete messi", ci ha detto alla vigilia della nostra partenza. "Non riuscirete mai a farvi dire la verità da questi medici. Quando vengono inviati a questi congressi sull'Aids all'estero, ricevono una diaria pari a quanto guadagnano in tutto l'anno in patria".

In Uganda, per esempio, l'Oms ha stanziato per l'Aids 6 milioni di dollari per un solo anno, il 1992-1993, mentre tutte le altre malattie infettive insieme - esclusa la tubercolosi e l'Aids - hanno ricevuto solo 57.000 dollari¹².

Il mito di un'epidemia africana di Aids è nato in buona parte da un rapporto della fine degli anni Ottanta intitolato Voyage des Krynen en Tanzanie (Viaggio dei Krynen in Tanzania). Scritto da due volontari francesi, Philippe ed Evelyne Krynen, riassumeva a tinte drammatiche ciò che avevano trovato: villaggi devastati, case abbandonate, numero degli orfani in continuo aumento e un'epidemia di Aids trasmessa sessualmente che minacciava di spopolare la provincia di Kagera, nel nord della Tanzania. Come membri di Partage, la più grossa associazione di beneficenza per l'Aids a favore dei bambini della Tanzania, i Krynen raccontavano una storia irresistibile per la stampa. Le loro vivide descrizioni aiutarono a creare in Occidente l'impressione di un'epidemia incontrollabile.

Ma dopo aver passato qualche anno a lavorare con le popolazioni locali, i Krynen cambiarono idea. Stentando a crederci loro stessi, scoprirono che nella regione non c'era alcuna epidemia di Aids. La malattia "sessualmente trasmessa" lasciava misteriosamente indenni le prostitute, mentre falciava i loro clienti; ancora oggi quelle stesse prostitute battono le strade delle città. Poi i Krynen scoprirono che oltre la metà dei loro pazienti "Aids" risultavano negativi per l'Hiv. Le abitazioni vuote risultarono essere seconde case di tanzaniani trasferiti

in città. E il colpo finale arrivò proprio dagli “orfani”, che altro non erano che una conseguenza della struttura sociale del Paese: di norma i genitori si trasferivano in città per guadagnare, lasciando ai nonni la cura dei figli. “Non c’è Aids”, afferma ora Philippe Krynen senza mezzi termini. “È qualcosa di inventato. Non ci sono le basi epidemiologiche per un’epidemia. Per noi non esiste”. E descrive anche come l’epidemia venga creata a uso e consumo dei media:

Le famiglie portano (i bambini) come fossero orfani, e se chiedi come sono morti i genitori ti rispondono di Aids. Oggi è di moda dirlo, perché porta soldi e aiuti.

Se dici che tuo padre è morto in un incidente di macchina è una sfortuna, ma se è morto di Aids c’è subito un ente benefico pronto ad aiutarti. Gli indigeni hanno visto arrivare tanti di questi organismi che non vogliono altro che unirsi al gruppo delle vittime. E chi lavora con le organizzazioni per l’Aids è diventato ricco.

Oggi qui vengono tutti, la Banca mondiale, le varie Chiese, la Croce Rossa, il Programma per lo sviluppo delle Nazioni Unite, la Fondazione per la ricerca medica in Africa, circa 17 organizzazioni con lo scopo dichiarato di fare qualcosa per l’Aids a Kagera. Questo porta posti di lavoro, automobili; il giorno in cui non ci sarà più l’Aids, se ne andrà una fetta di benessere ...

Non c’è bisogno di avere malati di Aids per avere un’epidemia di Aids al giorno d’oggi. Nessuno controlla; l’Aids esiste in sé e per sé¹³ ... » (Duesberg, pp. 305-308).

Nessun giornale, ad eccezione del “Sunday Times of London” riportò queste affermazioni di Philippe Krynen, nemmeno il “Washington Post” che, in precedenza, nel marzo del 1992 riprese ed amplificò il rapporto dei coniugi Krynen quando presentarono il continente africano flagellato dalla piaga dell’Aids.

« ... In una lettera al “Lancet” del 1989, quattro medici tanzaniani denunciarono un’altra fonte di confusione, e

cioè il diabete erroneamente diagnosticato come Aids: Alcune delle ragioni per cui il diabete può essere confuso con l'Aids sono illustrate nei seguenti casi. La perdita di peso è spesso ragguardevole in malati con un diabete recente in Africa, l'affaticamento può essere un sintomo importante, le visite frequenti alla toilette possono essere interpretate come conseguenza di diarrea... Lesioni alla pelle, soprattutto micosi, foruncoli e ascessi sono spesso presenti, e possono contribuire a ingannare l'osservatore. Nell'Africa tropicale le sindromi febbrili sono frequentemente attribuite alla malaria. Ora in certe zone è di moda fare diagnosi di Aids. Così molti pazienti con patologie curabili possono essere condannati senza i giusti accertamenti. Le autorità sanitarie dovrebbero sottolineare che sintomi come quelli descritti prima non sono esclusivi dell'Aids, e che se anche una persona presenta una sintomatologia da Aids la possibilità che abbia altri problemi di salute come il diabete non andrebbe trascurata¹⁴ ... » (Duesberg, pp. 309-310).

La definizione di Bangui

Sam Burcher (The Institute of Science in Society di Londra) in "Aids in Africa: si tratta davvero di un'epidemia?" ci fa conoscere altre utili e più recenti informazioni per una migliore comprensione della situazione in Africa:

«Essere Hiv positivo è il presupposto normalmente richiesto per una diagnosi di Aids, ma testare per l'Hiv non è proprio quello che avviene in Africa dove nessun test per l'Hiv è richiesto per fare una diagnosi di Aids. Questo perché nell'ottobre del 1985 un gruppo di esperti sanitari, tra cui i rappresentanti del Cdc (Centri per il Controllo della Malattia) e dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) si sono incontrati in Bangui, Africa Centrale, per accordarsi su cosa si dovesse intendere per diagnosi di Aids in Africa. Un accordo avrebbe per-

messo ai medici di identificare i pazienti con Aids e anche di classificare in modo serio tutti i malati. **La definizione di Bangui è la seguente**¹⁵: “**febbri prolungate per un mese o più, perdita di peso oltre il 10% e diarrea persistente**”. Essere stati d'accordo con questa definizione ha significato semplicemente far rientrare nell'ambito della diagnosi di Aids le tradizionali malattie dell'Africa dovute alla miseria, alle guerre, alla fame, al clima tropicale, alle fogne a cielo aperto e all'acqua contaminata. Il consenso generale sulle direttive di Bangui è dovuto al fatto che “si sono dimostrati utili in aree dove nessun test era disponibile”. Ma come ha sottolineato nel 1991 Charles Gils sulla rivista di medicina *BMJ (British Medical Journal)*¹⁶, “la diarrea persistente con perdita di peso può essere associata a normali enteriti batteriche e parassitiche”. Inoltre, “nei paesi in cui l'incidenza della TBC è alta, un numero consistente di persone a cui è stata fatta diagnosi di Aids, potrebbero invece non avere questa malattia”.

Dal 1993, malattie epidemiche come la TBC sono state incluse tra le malattie definite “Aids”, e nel 2002, l'OMS decise di mettere l'Aids al primo posto delle malattie più micidiali e di retrocedere la TBC. L'Istituto di Statistica (STATS) affermò: “Questo è un tentativo di spostare di qua e di là i casi di morte”¹⁷. Il cancro cervicale è stato recentemente aggiunto alla lista delle malattie definite “Aids”, che peraltro risponde bene alle cure se preso in tempo.

Il Professor Charles Geershetker, della California State University, che spesso viaggia in Africa per via delle sue ricerche, ha scoperto che alcuni clinici stavano raccogliendo dati sulla positività da Hiv testando donne gravide. Il problema è che la gravidanza è una delle numerose condizioni che può dare falsi positivi con i test standard “Elisa”. Altre malattie che notoriamente sono in grado di dare falsi positivi sono le epatiti, l'influenza, la malaria, la TBC e le vaccinazioni recenti. Pertanto,

l'annuale statistica della positività all'Hiv è basata su 4000 donne gravide e viene estrapolata dai computer dell'OMS per rappresentare l'incidenza dell'Aids a livello di tutta la popolazione, compresi uomini, donne, giovani e anziani.

Le statistiche sull'Aids

Il Professor Jens Jerndal, del Group For The Scientific Reappraisal of The Hiv Causes Aids Hypothesis (un gruppo di scienziati a livello mondiale che contestano l'ipotesi che il virus dell'Hiv sia la causa dell'Aids) afferma che le statistiche sono giochi di prestigio per gonfiare i casi di Aids e infondere terrore e panico tra la popolazione generale e così motivare interventi medici obbligatori, o interventi atti a limitare la libertà di movimento della gente da parte di chi detiene il potere¹⁸. Per questo motivo, presentare il dato totale di coloro che sono affetti da Aids ha un effetto maggiore rispetto al presentare il numero relativo ai nuovi casi annuali, che darebbe un'immagine più accurata dell'epidemia. Anche la pratica di ampliare i criteri per la diagnosi di Aids preoccupa il Prof. Jerndal. Almeno 29 differenti malattie che sono preesistenti all'Aids sono considerate oggi come Aids, quando sono associate ad un test dell'Hiv. Ma ci sono oltre 60 differenti condizioni che possono dare un risultato positivo ai test dell'Aids, ma che non hanno nulla a che fare con l'Hiv o l'Aids. Il messaggio di Jerndal è che al mondo è stata venduta la non dimostrata teoria che l'Hiv causa l'Aids e assieme a questa tutto il tossico arsenale di farmaci convenzionali che ne segue. Una diagnosi errata può avere un effetto devastante sulla vita di un paziente, ma a parte l'inaccuratezza dei risultati, un test positivo all'Hiv non significa assolutamente che poi si svilupperà l'Aids¹⁹. Ma fino ad ora non è mai stata veramente fatta una distinzione tra i due²⁰. (...)

A quali interessi può far comodo la creazione di così tanti casi di persone affette da una malattia mortale di epidemiche proporzioni? Nel 2000, negli USA, sotto la presidenza Clinton, l'Aids in Africa e non negli USA fu dichiarata una questione di sicurezza nazionale. Fu affermato che negli USA, l'Aids era confinata tra le comunità di omosessuali e quindi era controllabile. Ma una volta che in Africa si fosse dimostrata la trasmissione eterosessuale, allora veramente ognuno avrebbe avuto ragione di aver paura. Gli stanziamenti aumentarono vertiginosamente.

Tutti gli africani furono ingiustamente etichettati come sconsiderati, sessualmente insaziabili e promiscui, mentre il loro principale problema legato alla povertà ignorato. Le statistiche riportano che i tassi di infezione in Africa raggiungono il 25% in alcune regioni dell'Africa e che le donne sono più colpite degli uomini²¹. Le statistiche della Banca Mondiale riferita all'Africa sub-sahariana parlano di 29,4 milioni di persone affette da Aids, mentre al Cairo, in Egitto, i casi riscontrati sono solo 215 su una popolazione di 65 milioni²².

Secondo il Cancelliere britannico Gordon Brown, il piano antipovertà dell'ONU che si prefiggeva di dimezzare il debito dei Paesi sub-sahariani entro il 2015, probabilmente subirà uno slittamento al 2047. Sotto gli auspici della Banca Mondiale e del Fondo Monetario Internazionale, 2,5 miliardi di dollari vengono ogni anno trasferiti dalle banche dei paesi sub-sahariani a banche e creditori stranieri. Il proposito del presidente Bush di tagliare il grosso dei fondi stanziati per l'Africa costituisce un ulteriore duro colpo²³.

Il solo invio di farmaci non può risolvere il problema Aids

La gente in Africa muore per malattie legate alle condizioni di vita inadeguate e ha bisogno di poter contare su acqua pulita e buon cibo. Un aiuto costruttivo

come l'agricoltura sostenibile potrebbe aiutarli a sfamarsi da soli²⁴. Anche l'incoraggiamento ad utilizzare insetticidi facilmente reperibili potrebbe risultare utile per i milioni di bambini che ogni anno muoiono per la malaria²⁵. Questo tipo di assistenza potrebbe sostituire i discutibili interventi attraverso i quali il governo USA impone beni tassati agli stati africani.

Mentre milioni morivano di fame, le compagnie farmaceutiche facevano assurde "donazioni" di farmaci stimolanti l'appetito al Sudan e protesi di silicone al Malawi. Poi, queste stesse compagnie, richiedevano il pagamento delle tasse per i loro inutili regali, altrimenti quei paesi non avrebbero potuto utilizzarli²⁶.

È improbabile che assimilare nuove e vecchie malattie alla definizione di Aids sia utile per contrastare i problemi di sanità e malnutrizione in Africa, piuttosto potrebbe incoraggiare l'impiego di farmaci. I costi per i farmaci ufficiali sono ancora proibitivi per molti africani e i governi che li acquistano vedono ulteriormente aumentare il loro debito nei confronti della Banca Mondiale. Affinché un qualsiasi farmaco sia veramente efficace deve essere utilizzato parallelamente ad una adeguata alimentazione e a buone condizioni sanitarie.

Una delle più recenti combinazioni terapeutiche si chiama Nevirapina: un inibitore della trascrittasi inversa non-nucleotide (NNRTI), che riduce il carico virale nella infezione da Hiv. Questo farmaco sta causando effetti collaterali neuropsichiatrici nei pazienti affetti da Hiv, che non avevano mai avuto problemi mentali prima²⁷. Tre pazienti sotto trattamento hanno sviluppato reazioni psicotiche ai farmaci. Altri due pazienti hanno tentato il suicidio dopo episodi allucinatori, mentre un altro ancora ha sofferto di fenomeni di paranoia e depressione subito dopo l'inizio della terapia. Gli effetti fisici includono epatotossicità, sintomi gastrointestinali e reazioni cutanee.

Il Dr. David Rasnick, un importante esponente degli

scienziati “dissidenti dell’Aids” e ideatore degli inibitori della proteasi (PI), uno dei farmaci usati nella cura dell’Hiv, è sicuro che i PI sono capaci di ridurre il carico virale ma non è convinto che l’Hiv sia veramente la causa dell’Aids. In una intervista sull’Herald, dell’ottobre 2000, ha affermato: “Infatti, sono piuttosto sicuro che non esista nessuna epidemia di Aids in Africa, dove sono stato lo scorso maggio e nel giugno di quest’anno. La ragione per cui affermo questo è che, in sintesi, abbiamo visto e interrogato parecchia gente, tra cui i ministri dei governi, il direttore del ministero della salute del Sud Africa, i responsabili del Centro per il Controllo delle Malattie americano. A tutti abbiamo fatto la domanda: “Quale è il numero di casi di Aids in Sud Africa e quanti i decessi dovuti a questa malattia?”, ma nessuno ha mai risposto. Fino ad ora non abbiamo nessuna risposta a questa domanda.

La mia convinzione è che non c’è nulla che si chiami Aids in corso nel Sud Africa. Sono sempre i soliti motivi che affliggono gli africani da generazioni e per cui in Africa si muore: povertà, malnutrizione, mancanza di igiene e acqua inquinata. Adesso chiamiamo Aids quello che prima più onestamente chiamavamo con altri nomi”. Il professor P. Addy, direttore della Clinica di Microbiologia dell’Università di Scienze e tecnologia di Kumasi, in Ghana, appoggia le opinioni dei “dissidenti dell’Aids”. Afferma: “So da tempo che l’Aids non è un problema critico in Africa, come invece il mondo è stato portato a credere. L’Occidente è venuto fuori con quelle statistiche così terribili riguardo all’Aids in Africa perché non si rende conto di certe condizioni cliniche e sociali. Nella gran parte dell’Africa le infezioni sono comuni, soprattutto quelle parassitarie. Ed è noto che le infezioni possono compromettere o influenzare il sistema immunitario.” Egli conclude²⁸: “Inoltre, è il semplice fatto di dire a qualcuno che ha l’Aids che uccide. Cosa che sta facendo”» (Traduzione del Dr. Francesco Perugini Billi).

Alcune considerazioni sulle statistiche dell'UNAIDS e dell'OMS

Nel maggio del 2000, tre mesi prima dell'apertura del Congresso mondiale dell'Aids a Durban, nell'ambito della Conferenza Internazionale di specialisti convocata a Pretoria dal Presidente della Repubblica del Sudafrica, Thabo Mbeki, per un dibattito aperto sugli effetti tossici dell'AZT e sulle alternative terapeutiche di trattamento dell'Aids, lo stesso Duesberg così illustrava la situazione demografica in Africa:

« ... A tutti noi che siamo stati confrontati con la retorica americana sull'Aids e con le falsità espresse in occasione del nostro primo incontro nel maggio di quest'anno a Pretoria sulle "dimensioni catastrofiche" dell'Aids africano (Washington Post del 30 aprile 2000), i sani tassi di crescita della popolazione africana (dal 2,4 al 2,8% annuo rispetto all'1% negli USA e allo 0,5% in Europa, USAIDS febbraio/maggio 1999) appaiono molto sorprendenti. Prendete come esempio di questa retorica il presidente Clinton (in risposta alla lettera del presidente Mbeki ai leader politici del mondo in relazione all'Aids in Africa, Mbeki 2000), che recentemente ha definito l'Aids una delle "minacce alla sicurezza nazionale degli USA" (...) sull'onda dei rapporti delle autorità americane che considerano le conseguenze più estese della pandemia (...) soprattutto in Africa (...) e proiettano la probabilità che un quarto della popolazione sudafricana sarà destinata a morire di Aids (Washington Post del 30 aprile 2000).

(...). Altrettanto sorprendente, considerate le informazioni a disposizione, è il rapporto allarmante redatto dall'organizzazione delle Nazioni Unite (UNAIDS) insieme all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che annuncia che in Africa dai "primi anni Ottanta" il numero di persone che "vivono con l'Hiv/Aids" e "ritenuti" portatori di anticorpi contro l'Hiv, è salito a 23 milioni (United Nations Programme on Hiv/Aids-UNAIDS, "Aids epidemic

update: December 1999”, WHO, Weekly Epidemiological Records n. 73, 1998, pp. 373-380). Né l’OMS, né le Nazioni Unite fanno presente che, durante lo stesso periodo in cui il continente doveva essere flagellato da una nuova epidemia di Aids, la popolazione africana è aumentata di 147 milioni di individui.

Allo stesso modo il Sudafrica ha avuto una crescita demografica di 17 milioni di unità per raggiungere i 37 milioni entro il 1990 (United Nations Environment Programme, 5 giugno, 2000) e i 44 milioni nel 2000 (“Hiv/Aids in the Developing World”, U.S. Agency for International Development and U.S. Causus Bureau, maggio 1999). (...) Benché i 23 milioni di “ritenuti” sieropositivi secondo l’OMS vivano “con Hiv/Aids”, l’organizzazione non porta alcuna prova che la morbilità e la mortalità superino cifre basse, e cioè 75.000 casi all’anno (ciò significa lo 0,012% della popolazione africana segnalata dall’OMS (WHO, Weekly Epidemiological Records, n. 73, 1998, pp. 373-380).

(...) I dati effettivamente rilevati nei rapporti epidemiologici dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, relativi alla morbilità e mortalità complessive negli Stati africani, sono di poco superiori a quelli dei paesi occidentali; lo 0,012% della popolazione africana complessiva, cioè, si ammala e muore ogni anno di Aids (WHO, Weekly Epidemiological Records, dal 1991), rispetto allo 0,001-0,002% della popolazione complessiva nei paesi occidentali (Cdc 1999, Istituto Robert-Koch 1999). Le assurde affermazioni propagandistiche sulla “pandemia in Africa”, servite dall’OMS ai mass media, si basano su estrapolazioni arbitrarie, ottenute con l’abuso della “biotecnologia americana” (Duesberg 2000)» (Kremer, pp. 362-363).

« ... L’Aids, intanto, non è “esploso esponenzialmente”, come avevano previsto con anticipazioni drammatiche e terroristiche molti virologi e infettivologi (l’OMS aveva ad esempio affermato nel 1987 che “entro il 1990 saranno

stati infettati dal virus Hiv 100 milioni di persone”, una previsione dimostratasi largamente infondata) (Duesberg, p. 13).

Il procedimento che stabilisce quanti sono i sieropositivi in Africa

Anche Roberto Cappelletti – medico del Cuamm/Medici con l’Africa, con una buona esperienza di lavoro in aree subsahariane – è tra coloro che sostengono che l’Hiv sia solo uno dei fattori che portano alla malattia conclamata. In una intervista a cura di Raffaello Zordan indica come si procede nel calcolo delle stime dei sieropositivi:

« ... Per farsi un’idea esatta del problema Aids bisogna ragionare sui casi concreti di malattia. I dati che l’OMS pubblica ogni anno alla fine di novembre ci dicono che nell’Africa subsahariana i casi di Aids erano 553.291 nel 1996, 617.463 nel 1992, 706.318 nel 1998, 794.444 nel 1999 e 876.009 nel 2000. Si tratta di casi cumulativi: significa che i nuovi casi si aggiungono a quelli degli anni precedenti, per cui c’è sempre un incremento.

Ma guardiamo i nuovi casi di Aids anno per anno: 64.172 nel 1997, 88.855 nel 1998, 88.126 nel 1999, 81.565 nel 2000. Da questi dati non sembra esserci nessuna epidemia in atto in Africa, ma piuttosto una situazione endemica abbastanza stabile con circa 80.000 casi all’anno negli ultimi tre anni ...

... L’OMS fa commenti fuorvianti quando afferma che al 15 novembre 2000 nell’Africa subsahariana c’è stato un aumento del 10% rispetto al dato cumulativo dell’anno precedente. Mentre se guardiamo i nuovi casi anno per anno, risulta l’opposto: nel 2000 c’è stato un calo del 7% dei casi ...

... Il campione di popolazione sul quale si esegue l’indagine sono le donne gravide che si recano negli ambulatori che dovrebbero individuare le gravidanze a rischio e dare terapie di supporto. A queste donne viene

fatto un solo test anticorpale (senza test di conferma). I dati delle percentuali di sieropositività vengono poi allargati alla popolazione generale con calcoli non resi pubblici. Ma sappiamo che nessun test anticorpale è sicuro al 100%; che c'è sempre la possibilità di falsi risultati positivi; che in Africa molte malattie parassitarie possono dare una falsa positività al test; che in gravidanza si crea temporaneamente una situazione immunologica simile all'Aids ...

Quali interventi?

... Oggi nel mondo della cooperazione c'è grande disponibilità di fondi per combattere l'Aids, a fronte della scarsità di fondi per la lotta alla povertà e alle malattie in generale. E alcune statistiche dell'OMS, ma anche dell'UNAIDS, legittimano questa distorta allocazione di fondi.

Faccio inoltre notare che ci sono enormi interessi commerciali in gioco per l'estensione all'Africa del mercato dei farmaci contro l'Aids. La decisione dei G8 di finanziare il Fondo mondiale per l'Aids, che verrà impiegato quasi esclusivamente per l'acquisto dei farmaci, è un affare multimiliardario. Già da anni le case farmaceutiche cercano di allargare il loro mercato all'Africa. Ci sono prestiti già pronti per gli stati africani che vogliono acquistare i farmaci contro l'Aids. ...

... Specialmente in Africa per l'impiego dei farmaci contro l'Aids c'è la necessità di criteri sicuri. Questi comprendono alcuni esami di laboratorio che sono troppo costosi per le strutture sanitarie africane. Senza questi test come si potrà iniziare un trattamento o monitorare l'efficacia dei farmaci? Esiste quindi il rischio di un abuso, e sicuramente ci saranno molte morti per gli effetti tossici dei farmaci, fra il resto molto difficili da rilevare. ...

... Oggi sappiamo che molti sieropositivi ormai da un ventennio non sviluppano la malattia. Perché dunque

non aiutare il sistema immunitario a raggiungere la situazione dei sieropositivi sani piuttosto che cercare di distruggere il virus? (ammesso che ci sia o, se c'è, che sia patologico, ndr), si chiedono molti immunologi, come il prof. Mario Clerici di Milano. I farmaci attuali non sono in grado di eliminare completamente il virus e soprattutto non migliorano le funzioni immunitarie, ma tamponano temporaneamente la situazione in attesa del crollo finale. È incredibile anche come la medicina moderna abbia abdicato al primo principio di non nuocere. Recenti esperienze dall'India indicherebbero che si possono ottenere migliori risultati con un approccio integrato all'ammalato (nutrizionale, psicologico e sociale). La logica ci indica che è più utile seguire questa strada. In Africa si stanno sottovalutando aspetti importanti quali la nutrizione (la malnutrizione proteico-calorica è da tempo riconosciuta come la principale causa della immunodeficienza T cellulare) e le condizioni di vita particolarmente dure.

Nel World Health Report 2000 dell'OMS, con 2,6 milioni di morti stimate nel 1999, l'Aids è al primo posto come causa di mortalità per malattie infettive nel mondo, la malaria è quarta con un milione circa di morti, dopo diarree (2,2 milioni) e tubercolosi (1,6 milioni).

Non c'è però corrispondenza con l'esperienza medica diretta maturata in Africa. In Uganda, all'ospedale di Lacor, le prime cause di mortalità ospedaliera nel periodo 1992-97 sono state: malnutrizione (821 morti), malaria (717), meningite (437), Aids (431), polmonite (430), morbillo (416), diarrea (387), tubercolosi (373). Tutti i medici con recenti esperienze in Africa sono concordi nel dire che la malaria è il principale killer. Pur essendo un problema serio, l'Aids non è ritenuto da alcuno il principale problema.

Dai dati di Lacor emerge che per ogni morto di Aids ci sono ben otto morti per condizioni potenzialmente curabili o prevenibili, con costi che sarebbero certamente di gran

lunga inferiori ai farmaci antiretrovirali. Tutti gli ospedali regionali e distrettuali, ad esempio in Uganda e Tanzania (i paesi che conosco meglio), sono in condizioni precarie. Sono altrettanto necessari fondi per riportare queste strutture a un livello minimo accettabile».

A questo punto è doveroso chiederci – se vogliamo davvero aiutare l’Africa – se sia opportuno dare maggior impulso all’invio di contraccettivi e farmaci antiretrovirali – non senza prima aver verificato con sicurezza i benefici e i danni - oppure intervenire prevalentemente con oculate campagne nutrizionali e sanitarie (come molte organizzazioni stanno facendo).

Considerazioni conclusive

A conclusione di quanto detto finora ed omettendo molti altri importanti aspetti, in modo particolare la cosiddetta trasmissione Hiv madre-figlio, per rimanere in uno spazio contenuto:

« ... Dal 1984 in poi, sulla base della teoria oggettivamente sbagliata “dell’Hiv responsabile dell’Aids”, nell’ambito del maggiore investimento di capitali della storia della medicina abbiamo assistito a un’immensa distruzione di risorse. I paesi poveri difficilmente potranno permettersi il lusso di far prevalere il terrore del sesso e della morte al desiderio di sopravvivenza delle proprie popolazioni, invece di investire le proprie risorse, comunque esigue, nel miglioramento delle condizioni generali di vita, fra cui una formazione del personale medico secondo lo stato delle conoscenze del 2000, invece di quello del 1984. La storia della medicina occidentale ha dimostrato che la prevalenza di processi infiammatori e infettivi ha potuto essere drasticamente e costantemente ridotta fino alla metà del secolo scorso, prima dell’introduzione dei chemioterapici, degli antibiotici e delle vaccinazioni di

massa (L.A. Sagan, The Health of Nations. True Causes of Sickness and Well-being, Basic Books, New York, 1987). Le conoscenze fondamentali della ricerca sull'NO, della simbiosi cellulare e di altri settori di ricerca della medicina occidentale hanno nel frattempo acquisito grande importanza, al di fuori della medicina dell'Hiv/Aids ufficiale, in altri importanti settori della medicina preventiva o terapeutica. Prima o poi le conoscenze acquisite saranno in grado di affermarsi nella prevenzione e nella terapia dell'Aids nel senso più vasto. Gli scienziati, i medici e altri operatori, soprattutto fra i mass media, che per 16 anni si sono avvantaggiati degli enormi flussi di capitali per la ricerca e la lotta contro il cosiddetto Hiv/Aids e che si scandalizzano davanti alle domande critiche del governo sudafricano, agiscono in questo modo per ignoranza o volontà di non sapere. Parlare di dissidenti Aids, discriminando medici e scienziati che non fanno altro che adempiere i propri obblighi e procedere secondo scienza e coscienza per trarre conclusioni razionali dai risultati indiscutibili delle ricerche mediche, è una violazione inaccettabile dei diritti generali dell'uomo, in particolare per i pazienti colpiti. Ove il governo sudafricano mantenesse la teoria "dell'Hiv responsabile dell'Aids", ormai scientificamente obsoleta, acconsentendo alla raccomandata intossicazione di massa con AZT e farmaci tossici analoghi, ci troveremmo effettivamente di fronte a una catastrofe annunciata, causata da medici e mass media interessati, da politici e gruppi farmaceutici e dal grande esercito di approfittatori che continuerà fino a quando continueranno a circolare i capitali per lo sfruttamento di questo terrore arcaico artificialmente indotto. Il governo sudafricano avrà la missione storica, dopo il superamento della follia dell'apartheid, di resistere alla follia della pandemia Hiv, sviluppando un percorso africano proprio per migliorare le condizioni generali di vita e gli standard della prevenzione e della terapia ... » (Kremer, p. 407).

E, più in generale:

« ... Ove le conoscenze fondamentali della ricerca sul gas NO e in altri campi della medicina e della biologia fossero già stati noti agli inizi degli anni Ottanta, nessuno avrebbe ritenuto necessaria una spiegazione sullo sviluppo di infezioni opportunistiche (Aids) attraverso i cosiddetti virus Hi, nessuno avrebbe ritenuto necessario un cosiddetto test Hiv e nessuno avrebbe potuto motivare l'esauriente verifica degli effetti e dei potenziali rischi delle sostanze immunotossiche, paradossalmente utilizzate per il trattamento di pazienti affetti da immunodeficienza acquisita.

Si sarebbe analizzato lo stato degli antiossidanti di persone a rischio e malate e provato che le carenze di antiossidanti e l'inibizione del gas NO delle cellule immunitarie erano presenti molto prima della manifestazione delle infezioni opportunistiche. Si sarebbero riconosciuti i rischi specifici di pazienti a rischio e affetti da immunodeficienza, sia nei paesi occidentali che in quelli in via di sviluppo, e si sarebbe cercato di intervenire preventivamente, e di ripristinare l'equilibrio immunitario con una terapia mirata di compensazione del deficit di antiossidanti e con l'inibizione delle controregolazioni citobiologiche ... » (Kremer, pp. 418-419).

LA STORIA SI RIPETE

Non è la prima volta nella storia della medicina che i virologi insistono a lungo nel considerare infettiva una patologia che poi non è risultata tale. Il contrario non è mai avvenuto.

Pochi conoscono la vicenda dello Smon (iniziata in Giappone nel 1959 e risolta nel 1973), della pellagra, dello scorbuto, del beriberi e di altre malattie che con ostinazione furono addebitate a dei microbi prima di scoprirne la vera causa dovuta a un deficit vitaminico nella dieta, a un farmaco tossico, alla droga.

Riporto alcuni brani del lavoro di Duesberg:

«Oggi la maggior parte degli scienziati e del pubblico in generale non ha mai sentito parlare della controversia sul virus dello Smon. La storia che la ricerca aveva trascurato le prove di un agente tossico per quindici anni e aveva così sacrificato migliaia di vite umane per un'ipotesi virale errata è troppo imbarazzante perché la comunità dei virologi ci tenga a tramandarla ...

... Seguendo il modello dello Smon, anche l'Aids si presentò come una malattia contagiosa per una serie di prove indiziarie, con casi che continuavano a registrarsi fra gli emofiliaci e altri politrasfusi, e focolai segnalati negli ambienti omosessuali. In altre parole, si poteva identificare la potenziale via di trasmissione di un virus sconosciuto. Ma c'erano altre prove che indicavano che entrambe le sindromi non erano infettive: mentre lo Smon colpiva di preferenza le donne di mezz'età, l'Aids prediligeva maschi nella fascia d'età tra i venti e i quarant'anni, per lo più tossicodipendenti o omosessuali. I fatti dimostrarono che lo Smon era causato da un farmaco prescritto per curarne i primi sintomi, una possibilità così spaventosa che i medici la respinsero ogni volta che emergeva una prova in questo senso. Può darsi che anche l'Aids sia causato da una medicina: l'Azt, proprio quella che si usa per curarlo. Ancora una volta una simile possibilità viene respinta con raccapriccio da medici e scienziati ...

... L'epidemia dello Smon è finita perché Reisaku Kono (virologo, Presidente della Commissione di ricerca per lo Smon) e altri scienziati giapponesi hanno avuto la saggezza di indirizzare i loro sforzi anche in ricerche non virologiche e di prestare ascolto a quei ricercatori che avevano trovato delle risposte. Ma le autorità e gli scienziati che guidano la nostra guerra contro l'Aids hanno dimostrato scarsa tolleranza per qualsiasi alternativa. Ignorando la lezione dello Smon e di altre

malattie, l'establishment biomedico blocca oggi praticamente qualsiasi ricerca che non sia in linea con la visuale di un Aids infettivo ... (Duesberg, pp. 44-46) ... Quando comparve l'epidemia di Aids, i risultati della ricerca sulla nuova sindrome erano stati predeterminati. Sia negli Stati Uniti che in Europa, l'Aids presenta tutte le caratteristiche di una patologia non infettiva e per varie ragioni è probabilmente la conseguenza dell'enorme diffusione nel consumo di droga che si è registrata negli ultimi anni. Eppure, i cacciatori di virus non si lasciarono sfuggire l'occasione e riuscirono a far dichiarare un retrovirus, l'Hiv, responsabile ufficiale della sindrome. L'Hiv non soddisfa nessuno dei postulati di Koch, ma il solo fatto di trovarlo era prova sufficiente per i virologi» (Duesberg, p. 475).

La pellagra fu descritta per la prima volta nel 1700 e un agente patogeno che ne fosse la causa fu cercato invano per oltre un secolo, nonostante l'evidenza che si diffondeva unicamente nei ceti poveri che si cibavano solo di granturco. Cito ancora Duesberg. È interessante vedere che l'atteggiamento della classe medica di allora è identico a quella di oggi:

«Dopo poche settimane dal suo insediamento Goldberger (direttore del laboratorio per le ricerche sulla pellagra per il Public Health Service nel South Carolina) notò un fatto che era sfuggito all'intera classe medica, ossessionata com'era dai microbi: recandosi nelle zone rurali e negli istituti psichiatrici per vedere con i suoi occhi le vittime, si accorse con stupore che, anche dove c'era un'alta concentrazione di malati, medici e infermiere non prendevano la pellagra. Osservò anche la dieta diversa dei due gruppi, quella dei medici ricca di carne e verdure, quella dei contadini a base di granturco. Goldberger tirò le inevitabili conclusioni: la causa doveva stare in una qualche carenza alimentare.

Dopo aver raccolto prove a conferma di questa ipotesi

con una serie di esperimenti in cui guarì la pellagra semplicemente cambiando la dieta in orfanotrofi, ospedali e prigioni, Goldberger annunciò i suoi risultati nel 1915. Il "New York Times" riprese la notizia, ma nelle pagine interne. A un congresso medico dove i membri della Commissione Thompson-McFadden (Commissione ufficiale del governo federale, per studiare la malattia negli Stati del sud) presentarono ulteriori scoperte sul carattere infettivo della malattia, Goldberger suscitò rabbia e polemiche criticando apertamente quei risultati. Quando salì lui sul podio a presentare la sua ricerca, l'effetto fu elettrizzante. Due sostenitori della teoria infettiva, tra cui il capo della Commissione Thompson-McFadden, fecero marcia indietro e annullarono il loro intervento al congresso. Ma quando i mezzi di comunicazione cominciarono a dare pubblicità ai risultati di Goldberger, i microbiologi reagirono allarmati e indispettiti. Medici eminenti si riunirono a un crescente coro di protesta contro l'ipotesi nutritiva, sostenendo che era pericolosa e fuorviante per il pubblico. A un simposio scientifico un medico ricevette applausi quando descrisse come "perniciosa" l'informazione data dai giornali alla gente che non c'era pericolo di contrarre la pellagra se non dal cibo e dalla cottura.

Nel 1916 la Commissione Thompson-McFadden si prese la sua rivincita, reiterando sulle pagine di giornali scientifici e del "New York Times" le sue precedenti conclusioni, compreso il pericolo dovuto agli insetti. Con pazienza Goldberger affrontò i suoi detrattori e rispose alle loro obiezioni, ma alla fine si lasciò prendere dall'esasperazione e decise di condurre un nuovo esperimento per dimostrare che la malattia non era contagiosa. Lui, la moglie e 14 collaboratori si iniettarono in vena campioni di sangue, feci e muco e altri fluidi organici prelevati a pellagrosi. Come lui aveva previsto, nessuno contrasse la pellagra. Anche questo

esperimento ebbe poco impatto sull'opinione della classe medica. I colleghi continuarono ad attaccarlo o ignorarlo ancora per molti anni. La pellagra intanto mieteva sempre più vittime, fino a quando le diete finalmente cominciarono a cambiare, comprendendo maggiore varietà alimentare negli anni Trenta. Goldberger continuò a studiare la malattia fino alla sua morte, nel 1929. La niacina, la vitamina carente nelle diete dei pellagrosi, fu isolata alla metà degli anni Trenta» (Duesberg, pp. 66-68).

Io non intendo insegnare niente a nessuno, non sono un esperto in materia, ma desidero partecipare ad altri le acquisizioni di scienziati autorevoli che per dire ciò che secondo loro è giusto, hanno rinunciato alla notorietà, alla carriera, allo stipendio e ai finanziamenti per le loro ricerche. L'*establishment* dell'Aids ha steso intorno a loro una cortina di silenzio a tutto danno di coloro che sono veramente malati di infezioni opportunistiche (Aids).

SUGGERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Peter Duesberg, *AIDS. Il virus inventato*, Baldini Castoldi Dalai Editore, Milano 1998.
- Christine Maggiore, *AIDS e se fosse tutto sbagliato?*, Macro Edizioni (www.aliveandwell.org). Questo libro è particolarmente interessante perché contiene molte testimonianze di sieropositivi. In appendice si trova un ricchissimo indirizzario di Associazioni e Gruppi che si occupano di Aids da punti di vista alternativi e una lista di siti internet su cui è reperibile una grande quantità di informazioni.
- *Comunicato Andromeda* n. 72/1999, Società Editrice Andromeda, Bologna.
- Heinrich Kremer, *La rivoluzione silenziosa della medicina del cancro e dell'Aids*, Macro Edizioni, Diegaro di Cesena 2003.
- *Quella sporca storia dell'Aids*, Società Editrice Andromeda, Bologna 1999.
- Ricerca Scientifico Politica a cura di AnOK4U, del Collettivo *Il Mondo Capovolto* di Chieri-Torino.
- *Aids una questione aperta*, a cura di Raul Vergini, Società Editrice Andromeda, Bologna 1995.
- *Dossier AZT – la verità sul farmaco più tossico mai utilizzato per una terapia a lungo termine*, Società Editrice Andromeda, Bologna 1994.
- Peter Duesberg, *L'Aids è causato dall'uso di droghe e da altri fattori di rischio non contagiosi*, Inediti n. 78, Società Editrice Andromeda, Bologna 1993.

Questo libro è la versione italiana integrale del più recente e completo articolo pubblicato dal Prof. Duesberg su una rivista medica "ufficiale". Duesberg "smonta" pezzo per pezzo, con l'ausilio di dati scientifici inequivocabili, tutta l'ipotesi ufficiale virus Hiv-Aids. Inoltre propone la sua ipotesi sull'origine non infettiva dell'Aids, anche questa suffragata da numerose ricerche scientifiche.

- Milly Schar-Manzoli, *Manuale di difesa immunologica - Come curare e prevenire l'Aids*, Casa Editrice MEB, Padova, 1988.

L'autrice offre una panoramica di metodi naturali, che vanno dalla fitoterapia, come la cura con erbe giapponesi e siberiane ... all'oligoterapia fino alla ozonoterapia ed altre. Il libro, sostenuto da una rigorosissima documentazione scientifica, presenta anche - nella prima parte - la vera storia dell'Aids: come è nata, come si è diffusa.

In internet:

Intervista Eleni Papadopulos-Eleopulos

NOTE

¹ Dr. Peter Duesberg è docente di Biologia molecolare e cellulare presso la University of California a Berkeley. A lui si devono l'isolamento del genoma retrovirale, la prima analisi della sequenza dei geni retrovirali e la scoperta del primo gene oncologico retrovirale.

² Christine Maggiore. Nel 1992 la sua vita è stata improvvisamente sconvolta dal risultato positivo ad un test dell'Hiv. I medici le avevano dato un massimo di 5-7 anni di vita con un peggioramento costante del suo stato di salute. Le avevano indicato l'AZT, il farmaco dell'Aids per eccellenza, come unico rimedio per rallentare gli effetti devastanti della malattia. Lei ha scelto un'altra soluzione: una ricerca che l'ha condotta oltre l'*establishment* dell'Aids. Nel frattempo ha conosciuto un uomo meraviglioso e dalla loro unione è nato un bimbo sanissimo.

³ Dr. Heinrich Kremer, dal 1981 all'88 è direttore medico della clinica specializzata per tossicomani della regione di Berlino, Brema, Amburgo, Schleiring-Holstein e Bassa Sassonia. Le sue specialità principali sono: riabilitazione psicosomatica, ricerca clinica di base e profilassi di infezioni. Nell'ottobre dell'82 effettua la prima prova clinica del vaccino dell'epatite B. Nel settembre la prima prova clinica in Germania dei test di anticorpi dell'Hiv.

Nel 1988 si dimette per disaccordo sulla politica per le droghe, i vaccini e l'Aids. È perito, professore e redattore indipendente in medicina sociale e conduce ricerche su droghe e Aids e medicina dell'Aids. Dal '95 al '99 è stato membro del "gruppo di studio su immunità e nutrizione" diretto dal Dr. Alfred Hässig.

⁴ Dr. Eleni Papadopulos-Eleopulos è biofisica e leader di un gruppo di ricercatori nel campo dell'Hiv-Aids a Perth in Australia. Per più di 15 anni lei e i suoi colleghi hanno pubblicato molti lavori scientifici che mettono in dubbio l'ipotesi Hiv-Aids.

⁵ Dr. John Lauritsen (New York – USA), dottore in scienze sociali, esperto di statistica, giornalista e scrittore, collabora alla rivista *New York Native*: ha pubblicato: *Death Rush: Poppers and Aids* (New York, 1986); *Poison by Prescription – the AZT Story* (New York, 1990); *The Aids War* (New York, 1993). Alcuni suoi articoli appaiono anche sul bollettino *Rethinking Aids*.

⁶ ARC, *Aids related complex*; secondo lo schema di classificazione per l'Hiv/Aids del Cdc, definita come pre-Aids.

⁷ Le *proteasi* sono proteine enzimatiche in tutte le cellule umane che fungono da forbici per tagliare in segmenti idonei le catene proteiche molto lunghe. Ai nuovi inibitori delle proteasi venne attribuita la proprietà

esclusiva di inibire le proteasi che il cosiddetto virus Hiv richiederebbe per confezionarsi un nuovo involucro proteico, dopo la replicazione nella cellula ospite (Kremer, *op. cit.*, p. 306).

⁸ NO (monossido di azoto), gas citotossico prodotto dalle cellule immunitarie TH1, e da altri immunociti e non, per l'eliminazione dei patogeni intracellulari (parassiti, funghi, micobatteri e virus).

⁹ Glutazione: principale antiossidante all'interno delle cellule umane, in prevalenza nei simbionti cellulari mitocondriali. La biosintesi del glutatione negli immunociti dipende essenzialmente dall'approvvigionamento extracellulare di cisteina.

¹⁰ HEAL (Health Education Aids Liaison - revdocnyc@aol.com) fornisce le informazioni necessarie affinché la scelta di sottoporsi ai test per l'Hiv o ai trattamenti si basi su una conoscenza effettiva; propone alternative naturali e non tossiche alle cure tradizionali e una visione introspettiva e illuminante dell'ampio contesto sociale in cui si verifica l'insieme dei rischi per la salute che causano l'Aids e che non sono di natura infettiva.

¹¹ F.I.D. Konotey-Ahulu, *Aids in Africa: Misinformation and Disinformation*, in "Lancet", 25 luglio 1987, pp. 206-207.

¹² C. Farber, *Out of Africa, Part I*, in "Spin", marzo 1993, pp. 61-63, 86-87.

¹³ N. Hodgkinson, *African Aids Plague "a Myth"*, in "Sunday Times of London", 3 ottobre 1993; N. Hodgkinson, *The Plague that Never Was*, in "Sunday Times of London", 3 ottobre 1993.

¹⁴ F.I.D. Konotey-Ahulu, *What is Aids?*, Watford, England, Tetteh-A'Domeno Co., 1989, pp. 56-57.

¹⁵ World Health Organisation (OMS), Weekly Epidemiological Record no. 10 March 7, 1986, page 71.

¹⁶ Gilks CF., What use is a clinical case definition for Aids in Africa. *BMJ* 303:1189-90. November 9, 1991.

¹⁷ Bethell T., Inventing an Epidemic. The Traditional diseases of Africa are called Aids. *The American Spectator*. April 2000.

¹⁸ Jerndal J., Smoke and Mirrors. The great illusionist number called Aids statistics. *Health Counter News*. © Easter 2002.

¹⁹ Duesberg, Peter H. 1995, *Infectious Aids: Have We Been Misled*, ISBN 1-55643-204-6.

²⁰ Papadopoulos-Eleopoulos E., Turner VF., Papadimitriou JM., Bialy H., Aids in Africa: distinguishing fact and fiction. *World Journal of Microbiology & Biotechnology* (1995) 11, 135-143.

²¹ Geshetker C., A critical reappraisal of African Aids research and Western Sexual Stereotypes. Prepared for Presentation to General Assembly Meeting Council for the Development of Social Science Research in Africa (CODESRIA) Dakar, Senegal 14-18 December 1998, revised - May 5, 1999.

²² www.worldbank.org/afr/aids

²³ Denny C., Brown and Bono appeal for doubling of aid cash. *The Guardian*, 17th February 2004.

²⁴ Corporate Watch. Newsletter issue 6. April-May 2002.

²⁵ Ho MW., Ethiopia to feed herself. *Science in Society* 2002, 16 Autumn.

²⁶ Burcher S., Rolling back malaria. *Science in Society* 2002, 13/14.

²⁷ Wise J., Mistry K., Reid S., Neuropsychiatric complications of nevirapine treatment. *BMJ* 2002 April 13: 324 (7342): 879.

²⁸ Hodgkinson N., Cry, Beloved Country. How Africa Became the Victim of a non-existent Epidemic of Hiv/ Aids. <http://www.virusmyth.net>

SOMMARIO

ORIGINE DELL' AIDS	5
TEST PER L' HIV	8
TEST PCR	18
MALATTIE INDICATRICI DELL' AIDS	19
PERIODO DI LATENZA DELL' HIV	21
CAUSE DELL' AIDS	21
<i>Droghe</i>	22
<i>Nitriti</i>	22
<i>Antibiotici</i>	23
<i>Medicazione con farmaci citotossici</i>	24
<i>Carenze alimentari e igieniche</i>	32
INTERRUZIONE DELL' ASSUNZIONE DELL' AZT	32
CURE	33
VACCINI PER L' AIDS	35
LA SITUAZIONE IN AFRICA	36
TESTIMONIANZE DALL' AFRICA	37
<i>La definizione di Bangui</i>	41
<i>Le statistiche sull' Aids</i>	43
<i>Alcune considerazioni sulle statistiche dell' Unaid</i> <i>e dell' Oms</i>	47
<i>Il procedimento che stabilisce quanti sono i sieropositivi in</i> <i>Africa</i>	49
<i>Quali interventi?</i>	50
<i>Considerazioni conclusive</i>	52
LA STORIA SI RIPETE	54
SUGGERIMENTI BIBLIOGRAFICI	59
NOTE	60

CARTAduemila, attraverso i suoi associati, sia in forma individuale che di Associazione, opera per:

- il diritto di libertà di scelta terapeutica
- una scelta libera e consapevole sulle vaccinazioni
- porre fine alla sperimentazione sugli animali
- la promozione, lo sviluppo e la sperimentazione delle terapie atossiche e naturali
- una corretta e completa informazione sull'intera ricerca scientifica (nei campi della medicina, delle energie, dell'ambiente in generale)

**OPUSCOLI
di CARTAduemila
n. 32
Una pubblicazione della
Società Editrice
Andromeda**



direzione editoriale
paolo brunetti
euro 7,00