

## RELAZIONE SULL'AIDS

### A CURA DEL FRATE FRANCESCO LUCIANO CHECCUCCI

Ho terminato recentemente una ricerca sull'AIDS: *L'altra storia dell'Aids*, pubblicata on-line in lingua italiana, nella quale ho cercato di evidenziare quanto di più interessante i ricercatori scientifici da me presi in considerazione sostengono nei loro lavori.

Essi ritengono che le affermazioni di Robert Gallo e di Luc Montagnier secondo le quali el VIH è la causa dell'Aids sono false, anzi sostengono che gli insuccessi sinora registrati per la preparazione di un vaccino e per la messa a punto di farmaci in grado di prevenire e curare l'Aids in modo radicale abbiano avuto origine il 23 aprile 1984 con la conferenza stampa del Dr. Robert Gallo, nella quale è stato annunciato che un retrovirus da lui scoperto, allora denominato HTLV-III, era *probabilmente* la causa dell'Aids e che nel giro di due anni sarebbe stato *probabilmente* disponibile un vaccino, senza prima avere sottoposto la sua *ipotesi* alla comunità scientifica in modo da poter essere confermata o smentita. Fu questa una ***violazione clamorosa della regola fondamentale del procedimento scientifico***.

A partire da quella data ogni altra ragionevole ipotesi sull'eziologia dell'Aids è stata deplorabilmente scartata senza essere sottoposta a verifica.

Le tesi dei scienziati dissidenti che sostengono una diversa origine dell'Aids sono ritenute prive di fondamento scientifico dagli esperti ufficiali dell'Aids. Come esposto più avanti, anche i dissidenti hanno valide ragioni per esprimere lo stesso giudizio nei confronti degli esperti. Un'informazione più diffusa del loro punto di vista – attualmente impossibile a causa della mancanza di volontà da parte dell'*establishment* dell'Aids – potrebbe portare ad una riconsiderazione dell'eziologia dell'Aids in modo da giungere ad una sollecita soluzione della sindrome.

A giudizio dei maggiori dissidenti, non si è nemmeno dimostrata l'esistenza dell'Hiv, perché per il suo isolamento Gallo e Montagnier non seguirono le regole standard della virologia per l'isolamento, ossia le "Regole Pasteur" definite nel 1972 in occasione di un simposio per trattare l'argomento all'Istituto Pasteur di Parigi, vale a dire:

*«Coltivazione dei linfociti T sospetti, purificazione del liquido cellulare tramite ultracentrifugazione, micrografia al microscopio elettronico del materiale depositato in corrispondenza del gradiente di densità tipico per i retrovirus, caratterizzazione biochimica di eventuali particelle sul gradiente di densità, controllo dell'infettività delle particelle eventualmente trovate e biochimicamente identificate come retrovirus»<sup>1</sup>.*

Questa osservazione storica fu fatta per prima dalla biofisica Eleni Papadopulos-Eleopulos, e trova sostegno da molti altri. Nonostante non ci sia unanimità fra i scienziati dissidenti sul fatto che l'Hiv non è stato isolato, sono tutti d'accordo su quelle che loro ritengono essere le vere cause dell'immunodeficienza acquisita, molteplici, ambientali e personali – non infettive –, che possono variare da un paese ad un altro e che sono bene illustrate nei loro lavori.

Ma ci sono altre valide motivazioni che sollecitano una riconsiderazione dell'Aids. In sintesi:

- 1) Nel mondo ci sono centinaia di scienziati, medici, infermieri, avvocati, giornalisti, studenti e semplici osservatori, che mettono in dubbio che l'Aids sia causata da un virus che si trasmette con i rapporti sessuali e col sangue, ma che invece sia dovuta ad altre cause. Il "Gruppo per la rivalutazione scientifica dell'ipotesi Hiv/Aids" (Group for the

---

<sup>1</sup>Heinrich Kremer, La rivoluzione silenziosa della medicina del cancro e dell'Aids, p. 165.

Scientific Reappraisal of the Hiv/Aids Hypothesis), sorto nel 1991, al suo inizio “contava una quarantina di membri, che salirono a oltre cento dopo il Congresso internazionale sull’Aids del 1992 ... All’inizio del 1995 gli aderenti erano saliti a più di 400 ...”<sup>2</sup>. Attualmente sono più di 2600 ed il loro numero è in continua crescita.

- 2) ***Come conseguenza di quanto sopra esposto (conferenza stampa di Robert Gallo), non ci sono documentazioni scientifiche originali che l’Hiv è la causa dell’Aids.***
- 3) I test per l’individuazione dell’Hiv sono aspecifici e quindi non idonei per dichiarare una persona affetta dall’Aids, infatti,

*«... come evidenziato da una ricerca pubblicata in The Business a maggio 2004 gli esperti già sapevano sin dai primi anni in cui sono iniziate le ricerche sull’Aids che i test Hiv non potevano essere usati per diagnosticare l’Aids. Al convegno dell’Organizzazione Mondiale della Sanità tenutosi a Ginevra nel 1986 fu detto che i kit diagnostici erano stati autorizzati dalla Food and Drug Administration (FDA) per lo screening di massa preliminare dei donatori di sangue ma non per essere utilizzati come test per l’Aids. Ma, dettato dalle necessità della sanità pubblica, l’utilizzo del test si era esteso ed “era semplicemente diventato non praticabile” il tentativo di arrestare questo fenomeno, come il Dott. Thomas Zuck della stessa FDA ha ammesso ... » (“Lo scandaloso ragionamento alla base dei test Hiv” di Neville Hodgkinson, The Business Online. com).*

Nello studio effettuato dai Dottori Eleni Papadopulos-Eleopulos, Valendar F. Turner e John M. Papadimitriou intitolato “Is a positive Western Blot proof of Hiv infection?”, pubblicato a cura di Christine Johnson, si legge:

*«... Infine, un test deve essere riproducibile per poter essere valido. Usando un singolo campione di sangue, le bande dovrebbero essere le stesse (o assai simili) su test ripetuti diverse volte, o su test effettuati da laboratori differenti. Il CRSS fece uno studio nel quale due campioni positivi e due campioni negativi vennero inviati a 19 laboratori perché effettuassero un WB Test. Lo stesso siero fu testato diverse volte in ogni laboratorio, e le bande che ne risultarono mostrarono variazioni quasi estreme sia da un laboratorio all’altro, che da un test all’altro nello stesso laboratorio.*

*Va notato che i laboratori considerati erano “Reference Labs” (Laboratori di Riferimento), cioè quelli che vengono definiti laboratori di prima qualità.*

*La Eleopulos fa notare che questi laboratori “top” costituiscono solo una piccola parte dell’insieme dei laboratori che effettuano questo test, e poiché la maggior parte degli altri laboratori non è altrettanto qualificata, presumibilmente ci saranno un maggior numero di errori, e quindi di falsi positivi ...*

*... Un altro problema sembra essere il fatto che se voi ripetete varie volte il test a persone risultate inizialmente positive, un buon numero di queste finirà per risultare negativo. Se effettuate due Elisa e poi due WB in successione, molte di queste persone risulteranno negative ad ogni test successivo, cosicché quando arriverete al quarto test, solo pochi saranno ancora positivi. Se a questo gruppo di persone fossero stati effettuati solo uno o due test, essi sarebbero considerati infettati dall’Hiv, mentre in realtà la maggior parte di loro non lo è.*

*Questo è un grosso difetto dei test anticorpali. Il test ufficiale di screening è l’Elisa, che ha un tasso di falsi positivi astronomico, e la definizione corrente di Aids del CDC accetta un singolo Elisa positivo senza conferma. In altre parole, un singolo Elisa*

---

<sup>2</sup> Peter Duesberg, L’Invenzione del virus dell’Aids (*Inventing the AIDS virus*), p. 261.

positivo (più una malattia indicatrice di Aids) vi fa meritare una diagnosi ufficiale di Aids.

*In pratica un Elisa positivo può o meno essere confermato da un Western Blot e in ogni caso, come abbiamo appena visto, un singolo test, o anche parecchi test in successione, possono essere tutti falsi positivi, e una persona può avere un risultato negativo al terzo, quarto, quinto test, e così via. Quindi un semplice test di screening o anche un test di screening più un test di conferma (Elisa + WB), spesso possono dare un quadro non esatto della reale situazione ... »<sup>3</sup>.*

*« ... C'è qualcosa di più grave. I test sono così poco specifici che gli stessi produttori indicano che i loro test non possono servire per affermare o invalidare la presenza dell' "Hiv". Essi segnalano anche che ci sono numerose possibili cause di falsi positivi, in tutto una sessantina. Eccone una lista sommaria ed incompleta: gravidanza (in donne che hanno già avuto altri figli), emofilia, trasfusioni di sangue, tumori, malattie del fegato (epatite, cirrosi), tubercolosi, malaria, lebbra, vaccinazione recente (influenza, epatite B, tetano ...), febbre, malattie auto-immuni, iperlipidemia, trattamento con gammaglobuline, trattamento con interferone, insufficienza renale (con o senza emodialisi), infezioni respiratorie delle vie superiori (raffreddore, influenza ...), infezioni da herpes simplex I e II, trapianto d'organo, poliartrite reumatoide, presenza nel sangue di alcuni anticorpi (anti-sperma, anti-epatite A e B, anti-linfocitari, anti-glucidici, anti-collagene, anti-nucleari, anti-mitocondriali, HLA ...), infezioni virali e da micobatteri vari, avere già avuto dei falsi positivi come risultato di altri test»<sup>4</sup> (Dr. Etienne de Harven e Jean-Claude Roussez, *Dieci menzogne riguardo l'Aids (Les 10 plus gros mensonges sur le Sida*, Dangles Éditions, 2005).*

Non credo ci sia bisogno di aggiungere altro.

Il test PCR (Polymerase Chain Reaction), che si afferma misuri l'ipotetica carica virale viene considerato un metodo sicuro per amplificare il DNA dell'Hiv. Ma non tutti la pensano così, fra cui il Dr. Etienne de Harven<sup>5</sup>. In un suo scritto del 19 giugno scorso: *La PCR per l'ipotetica misurazione della carica virale dell'Hiv (PCR for the so-called measurement of Hiv viral load)* ([www.rethinkingaids.com/tabid/126/Default.aspx](http://www.rethinkingaids.com/tabid/126/Default.aspx)) de Harven precisa:

*Alla conferenza di Thabo Mbeki, nel maggio 2000 a Pretoria, io affermai ufficialmente che non una sola particella retrovirale si è mai resa visibile per mezzo del microscopio elettronico nel sangue di qualsiasi paziente con una cosiddetta alta carica virale, e che questa affermazione non è stata mai contestata;*

*Nel dibattito al Parlamento Europeo a Bruxelles nel dicembre del 2003, io domandai direttamente a Luc Montagnier di darci la sua definizione della "carica virale" e ricevetti una risposta estremamente ambigua (pagina 196 degli Atti), un fatto che il*

---

<sup>3</sup> Cfr. [www.tig.org.za/TIGit/Johnson1.htm](http://www.tig.org.za/TIGit/Johnson1.htm)

<sup>4</sup> Cfr. "Reazioni positive false sui test dell'Hiv" (False positive reaction on the HIV tests) in *HIV tests cannot diagnose HIV infection* ([www.robertogirardo.com/eng/papers/Farber\\_Reply\\_April\\_2006.html](http://www.robertogirardo.com/eng/papers/Farber_Reply_April_2006.html)).

<sup>5</sup> Il Dr. Etienne de Harven è già Professore di Biologia Cellulare al Cornell University Medical College di New York e Professore Emerito di Patologia all'Università di Toronto, Canada. Ha lavorato al microscopio elettronico principalmente nelle ultrastrutture di retrovirus durante tutta la sua carriera professionale di 25 anni allo Sloan Kettering Institute di New York e 13 anni all'Università di Toronto.

<sup>6</sup> Cfr. [www.tig.org.za/TIGit/Mullis.htm](http://www.tig.org.za/TIGit/Mullis.htm)

*Prof. Gordon Stewart, che partecipò a quel dibattito, può molto probabilmente confermare.*

In conclusione: le cosiddette misurazioni della “carica virale” dell’Hiv per mezzo del metodo della PCR sono del tutto mancanti di qualsiasi valore scientifico.

Lo stesso inventore della PCR, Dr. Kary B. Mullis<sup>6</sup>, premio Nobel per la chimica nel 1993, giudica la sua scoperta non adatta per la misurazione della carica virale dell’Hiv.

- 4) I farmaci antiretrovirali hanno un’elevata tossicità che non può essere trascurata. Mi riferisco in modo particolare all’AZT, prodotto incompatibile con la vita, che dopo la sua frettolosa autorizzazione venne prescritto nella dose letale di 1.000/1.500 mg giornalieri. Ma dal 1995 con l’avvento della “terapia cocktail”, o “HAART”, o “triterapia”, la dose dell’AZT venne ridotta – ma mai abbandonata – a 300/500 mg giornalieri, con l’aggiunta degli inibitori della proteasi, anch’essi non privi di effetti collaterali molto dannosi. Questo fu comunque un progresso, perché così facendo sono diminuiti i decessi e le gravi malattie invalidanti dovuti a tale farmaco, che ha comunque ancora effetti collaterali potenzialmente mortali – anche secondo i suoi sostenitori – fra i quali, per citare i più importanti:

*« ... La seconda sostanza è l’azidotimidina (AZT), fin dal 1986 il farmaco più prescritto per la*

*profilassi dell’Aids. Nei “sieropositivi” e nei malati di Aids, l’AZT dovrebbe inibire la proliferazione dell’ipotetico “retrovirus Hiv”. L’AZT è altamente tossica e produce effetti antimicrobici, immunosoppressori e cancerogeni, nonché alterazioni degenerative del DNA in numerosi sistemi cellulari dell’uomo (tabella di Duesberg 1996, Giraldo 1999, Brink 2000) ...» (Kremer, p. 231).*

*« ... come ci si poteva aspettare date le proprietà chimiche della sostanza, migliaia di studi clinici hanno permesso di documentare danni tossici da AZT su numerose cellule immunitarie e non immunitarie dell’uomo, incompatibili con la conservazione della vita. Neanche il gran numero di prove scientifiche pubblicate di intossicazioni pubblicamente legittimate tramite la somministrazione di AZT a donne in gravidanza, neonati e bambini è riuscito a mettere fine a questo avvelenamento di massa, irrazionale e insensato dal punto di vista terapeutico ... » (Gill 1987, Richman 1987, Bessen 1988, Gorard 1988, Helbert 1988, Yarchoan 1989, 1991, Pluda 1990, Till 1990, Dalakas 1990, Smothers 1991, McLeod 1992, Bacellar 1994, Parker 1994*

*Kumar 1994, Rosenthal 1994, Chiu 1995, Zaretsky 1995, Moyer 1996, Giraldo 1999b, Brink 2000) (Kremer, p. 241).*

- 5) In considerazione dell’alta specializzazione scientifica di un così gran numero di dissidenti sarebbe opportuno e corretto che il pubblico conoscesse il loro punto di vista su questa sindrome, insieme a quello degli “esperti dell’Aids”, ma

*« ... La disinformazione orchestrata da certi gruppi d’influenza supera tutto quello che si può immaginare. Essa ha permesso di raccogliere colossali sovvenzioni provenienti nella maggior parte da denaro pubblico.*

*La lobby del virus non può più fare marcia indietro, col rischio di far scoppiare il più enorme scandalo medico di tutti i tempi. Eppure, nel mondo intero, delle voci si levano, e non delle minori. Diverse centinaia di scienziati e di medici gridano il loro rifiuto di vedere un virus virtuale proclamato responsabile di una sindrome di*

*immunodeficienza. Li avete già sentiti sviluppare i loro argomenti sui giornali, alla radio, alla televisione? No, certamente.*

*Questi coraggiosi oppositori gridano nel deserto. Troppi interessi sono in giuoco per lasciare libero accesso ai media a questi guastafeste ... » (Jean-Claude Roussez, Aids, frode scientifica e truffa umanitaria (Sida: supercherie scientifique et arnaque humanitaire, Marco Pietteur éditeur, 2005).*

- 6) Nemmeno le 5.000 firme di medici e scienziati apposte alla “Dichiarazione di Durban” sono una prova che l’Hiv è la causa dell’Aids. Infatti

*« ... Il secondo giorno della Conferenza degli specialisti (convocata dal Presidente del Sudafrica Thabo Mbeki il 7 e 8 maggio 2000 a Pretoria, pochi giorni prima del Congresso mondiale dell’Aids a Durban, Sudafrica), si formò un gruppo maggioritario di “quelli che essenzialmente concordavano con le convinzioni ufficiali”; nel gruppo minoritario si ritrovarono “quelli che avevano formulato critiche su alcuni punti fondamentali delle procedure degli ultimi 15 anni”. Il gruppo di maggioranza della “prima discussione aperta e ufficiale dalla presenza dell’Hiv/Aids” non era con ogni evidenza disposto a prendere conoscenza delle argomentazioni della minoranza e meno ancora di discuterne apertamente.*

*Ci si lasciò col seguente accordo:*

*“Nelle prossime otto settimane i partecipanti avrebbero dovuto discutere via Internet le questioni aperte punto per punto con la maggiore oggettività possibile. In un secondo incontro all’inizio del mese di luglio 2000 i risultati avrebbero dovuto essere riassunti” (Köhnlein 2000).*

*L’accordo venne sabotato dalla maggioranza. Nella sua qualità di presidente della Fondazione mondiale contro l’Aids, il dott. Montagnier organizzava una sottoscrizione di circa 5.000 medici e scienziati a difesa della teoria Hiv/Aids e pubblicava queste affermazioni note ormai da 16 anni nella rinomata rivista scientifica Nature, senza che gli scienziati e i medici del gruppo critico di minoranza potessero nemmeno prendere la parola (Papadopulos-Eleopulos 2000c). Pochi giorni prima del Congresso mondiale sull’Aids in Sudafrica, l’opinione pubblica mondiale doveva avere l’impressione che non esistessero conoscenze alternative alla teoria dell’Hiv/Aids ... » (Kremer, p. 425).*

- 7) Le statistiche ci informano che nell’Africa Sub-sahariana si trovano oltre 22 milioni di sieropositivi. Ma si tratta di stime che si basano sulla “Definizione di Bangui”. Non ci vuole molto per convincerci – dopo accurata riflessione, serve solo un po’ di buon senso – che non si può affermare, senza porci degli interrogativi, che in Africa le persone che hanno febbri prolungate per un mese o più, perdita di peso oltre il 10% e diarrea persistente sono malate di Aids, quando questi sono sintomi correlati alle malattie che *da sempre* affliggono il Continente. L’immunodeficienza acquisita è comunque presente in Africa, ma dipende soprattutto da altri fattori. Diffondere queste stime fuorvianti basate sulla falsità non giova a risolvere quanto prima il problema dell’Aids, ma serve a perpetuarne l’esistenza.
- 8) Stando così le cose, ritengo opportuno che chiunque si occupa di Aids possa conoscere, oltre all’informazione ufficiale, anche quanto vanno dicendo da tanti anni eminenti scienziati, medici, ricercatori, giornalisti ed altri, che sostengono una diversa eziologia dell’Aids e la cui professionalità non può essere messa in discussione e per i quali questo modo di gestire l’Aids è un falso scientifico grave e uno dei più grandi scandali della medicina.

\* \* \*

Per quanto riguarda la situazione in Africa, mi sembra opportuno inserire qui la traduzione del seguente capitolo tratto da “L’altra storia dell’Aids”.

### ***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 correlate all’Aids.

Ma ascoltiamo il Dott.re Kremer:

*« ... 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. Indipendentemente 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).*

### ***La definizione di Bangui***

Sam Burcher (The Institute of Science in Society di Londra) in “African AIDS epidemic?” (Esiste davvero un’epidemia di Aids in Africa?) ci fa conoscere utili 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 dirigenti sanitari, tra cui i rappresentanti del Cdc (Centri per il Controllo delle Malattie) 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 permesso 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**<sup>7</sup>: “**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 dimostrate utili in aree dove nessun test era disponibile”. Ma come ha sottolineato nel 1991 Charles Gilks, della rivista di medicina *BMJ* (*British Medical Journal*)<sup>8</sup>, “la diarrea persistente con perdita di peso può essere associata a normali enteriti parassitiche e batteriche”. 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 endemiche come la TBC sono state incluse tra le malattie correlate con “l'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) insinua che questo è un tentativo “di spostare di qua e di là i casi di morte”<sup>9</sup>. Il cancro cervicale è stato recentemente aggiunto alla lista delle malattie correlate all'“Aids”, che peraltro risponde bene alle cure se preso in tempo, ma che altrimenti costituisce una minaccia per la vita.

Il Professor Charles Gesheker, dell'Università della California, che spesso viaggia in Africa per via delle sue ricerche, ha scoperto che alcuni ambulatori prenatali 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 risultati positivi con i test standard “Elisa”. Altre malattie che notoriamente sono in grado di dare falsi risultati positivi sono l'epatite, 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 “dissidente” Jens Jerndal, del Group For The Scientific Reappraisal of The Hiv-Causes-Aids Hypothesis [n.d.t.: un gruppo di scienziati a livello mondiale che contestano l'ipotesi che il virus dell'Hiv sia la causa dell'Aids] ipotizza 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

---

<sup>7</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *Weekly Epidemiological Record* no. 10, 7 Marzo 1986, p. 71.

<sup>8</sup> Charles F. Gilks, A cosa serve una definizione dei casi clinici nei confronti dell'Aids in Africa (What use is a clinical case definition for Aids in Africa). *BMJ* n. 303, p.1189-1190, 9 Novembre 1991.

<sup>9</sup> Tom Bethell, L'invenzione di un'epidemia. Le malattie tradizionali dell'Africa vengono chiamate Aids (Inventing an Epidemic. The Traditional diseases of Africa are called AIDS). *The American Spectator*, Aprile 2000.

*della gente da parte di chi detiene il potere<sup>10</sup>. Per questo motivo, presentare la cifra cumulativa di coloro che sono affetti da Aids ha un effetto maggiore rispetto al numero relativo ai nuovi casi annuali, che darebbe un'immagine più accurata dell'epidemia.*

*Anche la pratica di ampliare i criteri per la definizione delle malattie che vengono diagnosticate come Aids preoccupa il Prof. Jerndal. Almeno 29 malattie differenti che sono preesistenti all'Aids sono considerate oggi come Aids, quando sono associate ad un risultato positivo nel test dell'Hiv. Ma ci sono oltre 60 condizioni differenti 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'Aids<sup>11</sup>. Ma finora non è stata fatta alcuna distinzione tra i due<sup>12</sup>. (...)*

---

<sup>10</sup> “Una delle poche fonti di statistiche nei confronti dell'Aids in Africa che si attengono ai fatti sono i test di anticorpi (che vengono chiamati test di anticorpi dell'Hiv) a cui vengono sottoposte le donne incinte in qualche ambulatorio di maternità pubblico.

Secondo quanto si dice, i risultati mostrano che un'altissima percentuale di quelle donne sono “sieropositive”. Ma perchè? Perchè esistono oltre 60 problemi di salute che possono dare un falso risultato positivo nel test, tra cui la gravidanza! Tra gli altri, vaccini ed infezioni recenti, come l'epatite, la malaria, la tubercolosi e l'influenza.

Siccome il test viene fatto su donne incinte, poiché la gravidanza è una delle cause riconosciute che possono provocare un falso risultato positivo e inoltre la maggioranza delle donne che si recano a quegli ambulatori sono povere e spesso denutrite, è molto probabile che siano anche state a contatto con alcuni di quei problemi, e quindi si può prevedere che un'alta percentuale di coloro avranno un risultato positivo nel test.

Tuttavia, ciò non vuol dire che siano di fatto sieropositive, e certamente non significa che dovranno sviluppare l'Aids.

Ciononostante, questi risultati dei test chiaramente scorretti e sostanzialmente senza senso vengono calcolati e applicati su tutta la popolazione africana, uomini e donne, vecchi e giovani, ricchi e poveri. Come se fosse possibile applicarli su tutti indifferentemente, e come se fossero la prova a sostegno dell'incidenza dell'Aids. Ma non è così, e chiunque abbia una conoscenza rudimentale dei test e della statistica ne dovrebbe essere consapevole. Tuttavia, questo è il modo in cui si fanno e si pubblicizzano le statistiche sull'Aids in Africa.

Per inciso, a parte le oltre 60 cause comuni per le quali si può avere un falso risultato positivo nei test, è stato dimostrato che i risultati dei test sulla stessa identica persona possono talvolta mutare, ivi inclusi quei risultati ottenuti nello stesso laboratorio, e ancora di più se i test vengono fatti in diversi laboratori e in diversi paesi. Ciò è dovuto al fatto che non esiste il “gold standard” per il test, poiché dipende dalla particolare calibratura del test. Ma questo tipo di test viene adoperato per annunciare alla gente che morirà di Aids, e che devono assumere farmaci che hanno un prezzo indecente e che li fanno ammalare gravemente e che anche li uccidono, ma che non possono mai guarirli.

Questo è il motivo del rifiuto da parte dell'ex presidente sudafricano Mbeki di offrire questi farmaci, che oltre ad essere a carico dello Stato, non solo sono inefficaci ma anche provocano danni micidiali alle donne incinte e ai neonati, e sicuramente a tutti. E ha anche una buona ragione per farlo. [...]

Inoltre, le relazioni sui casi di Aids in Africa si basano su criteri che sono molto diversi a seconda della zona, o a seconda delle organizzazioni. Il fatto che ci sia dell'aiuto economico per i casi di Aids, mentre non ce n'è per le vecchie malattie, fa sì che le persone coinvolte vengano spinte a comunicare qualsiasi malattia come se fosse l'Aids, mentre in realtà si tratta dei casi classici di tubercolosi, malaria o altre malattie endemiche africane.

Stranamente, la tubercolosi e la malaria, entrambe molto comuni nell'Africa, sono state incluse - insieme ad altre malattie - tra le cosiddette malattie associate all'Aids, e tutte possono dare un falso risultato positivo sul cosiddetto test dell'Hiv. Non è vero che è brillante? Vedi il fumo negli occhi?” (Jens Jerndal, Giochi di magia. La chimera delle cifre chiamate statistiche dell'Aids) (Smoke and Mirrors. The great illusionist number called Aids statistics), Health Counter News. © Pasqua 2002).

<sup>11</sup> Duesberg, Peter H. 1995, *Infectious Aids: Have We Been Misled*, ISBN 1-55643-204-6.



*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 verificata la trasmissione eterosessuale, allora veramente ognuno avrebbe avuto ragione di aver paura e quindi gli stanziamenti sarebbero aumentati vertiginosamente.*

*Tutti gli africani sono ingiustamente etichettati come spericolati, sessualmente insaziabili e promiscui, mentre viene ignorato il loro problema chiave legato alla povertà. Le statistiche riportano che i tassi di infezione da Hiv in Africa raggiungono il 25% in alcune regioni dell'Africa e che le donne sono più colpite degli uomini<sup>13</sup>. 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 di Hiv/Aids riscontrati sono solo 215 su una popolazione di 65 milioni<sup>14</sup>.*

*Secondo il Cancelliere britannico Gordon Brown, il piano antipoverità dell'ONU che si prefiggeva di dimezzare il debito dei Paesi sub-sahariani entro il 2015, probabilmente subirà uno slittamento al 2147. 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 colpo<sup>15</sup>.*

### ***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 meritano di ricevere aiuto per migliorare la qualità di vita, cioè, hanno bisogno di contare su acqua pulita e buon cibo. Un aiuto costruttivo come l'agricoltura sostenibile potrebbe aiutarli a sfamarsi da soli<sup>16</sup>. Anche l'incoraggiamento ad utilizzare nei letti delle reti trattate con insetticidi facilmente reperibili potrebbe risultare utile per i milioni di bambini che ogni anno muoiono per la malaria<sup>17</sup>. 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 utilizzarli<sup>18</sup>.*

*E' improbabile che assimilare nuove e vecchie malattie alla definizione di Aids sia utile per contrastare i problemi principali 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*

---

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Gesheker 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.

<sup>14</sup> [www.worldbank.org/afr/aids](http://www.worldbank.org/afr/aids)

<sup>15</sup> Denny C., Brown and Bono appeal for doubling of aid cash. *The Guardian*, 17February 2004.

<sup>16</sup> Corporate Watch. *Newsletter issue 6*. April-May 2002.

<sup>17</sup> Ho MW., Ethiopia to feed herself. *Science in Society* 2002, 16 Autumn.

<sup>18</sup> Sam Burcher, Rolling Back Malaria. *Science in Society* 2002, 13/14.

*aumentare i 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-nucleotidico (NNRTI), che riduce la carica virale nella infezione da Hiv. Questo farmaco sta causando effetti collaterali neuropsichiatrici nei pazienti affetti da Hiv, che non avevano mai avuto prima problemi mentali<sup>19</sup>. 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 con nevirapina. Gli effetti collaterali fisici includono epatotossicità, disturbi 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 la carica virale ma non è convinto che l’Hiv sia veramente la causa dell’Aids. In una intervista sul San Francisco 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 a luglio 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 consiglio per la ricerca medica 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 difatti 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 molto comuni, soprattutto quelle parassitarie. Ed è noto che le infezioni possono compromettere o influenzare il sistema immunitario.” Egli conclude<sup>20</sup>: “Inoltre, è il semplice fatto di dire a qualcuno che ha l’Aids che uccide. Cosa che sta facendo”»*

### ***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 del Comitato Internazionale di Consulenza convocato a Pretoria dal Presidente della Repubblica del Sudafrica Thabo Mbeki, per un dibattito aperto sulle cause

---

<sup>19</sup> Wise J., Mistry K., Reid S., Neuropsychiatric complications of nevirapine treatment. *BMJ* 2002 April 13: 324 (7342): 879.

<sup>20</sup> Hodgkinson N., Cry, Beloved Country. How Africa Became the Victim of a non-existent Epidemic of Hiv/Aids. <http://www.virusmyth.net>

dell'Aids ed il trattamento della sindrome con l'AZT, 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/marzo 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, pp. 13).*

## ***Il procedimento che stabilisce quanti sono i sieropositivi in Africa***

Roberto Cappelletti – medico del Cuamm/Medici con l’Africa, con una buona esperienza di lavoro in Africa subsahariana – indicò in una intervista a cura di Raffaello Zordan 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 1997, 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.*

*E' 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, oppure intervenire prevalentemente con oculate campagne nutrizionali e sanitarie.

Queste informazioni scientifiche che sto diffondendo vogliono essere un modesto contributo che può essere utile a chi è interessato ad approfondire la conoscenza del problema dell'Aids che, nonostante lo stanziamento di ingenti somme di denaro in tutto il mondo<sup>21</sup> – senza giungere a risultati soddisfacenti, dal momento che si parla ancora di 33 milioni di persone colpite dal virus<sup>22</sup> –, fino ad oggi non ha trovato una soluzione.

---

<sup>21</sup> “ ... Ora, dopo 20 anni e 500 miliardi di dollari, non c'è nessuna evidenza scientifica che Gallo [e Montagnier] abbia mai isolato l'HIV da nessuno dei pazienti di Aids da lui studiati, e non c'è ancora nessuno scritto pubblicato da qualsiasi altro scienziato in nessuna parte del mondo che può dimostrare la diretta purificazione dell'HIV da qualsiasi essere umano” (April 23<sup>rd</sup> is Rethinking AIDS Day, in [www.rethinkingaids.com/Content/April23rd/tabid/101/Default.aspx](http://www.rethinkingaids.com/Content/April23rd/tabid/101/Default.aspx) ).

<sup>22</sup> Le statistiche diffuse dall'OMS e dall'Unaid stimavano in 40 milioni il numero dei contagiati dall'HIV nel mondo. Col nuovo rapporto Unaid del novembre 2007 tale cifra è stata fatta scendere a 33 milioni, per «avere adottato un metodo di misurazione più accurato».