

## PAGINA INIZIALE

### **Dichiarazione giurata del Dott. Valendar Turner**

#### DICHIARAZIONE GIURATA

Io, VALENDAR FRANCIS TURNER, nato a Dalkeith, Australia occidentale, PRESTO GIURAMENTO ED DICHIARO quanto segue:

1. Sono un medico professionista iscritto al collegio dei medici dello stato dell'Australia occidentale.
2. Mi sono laureato in Medicina presso l'Università di Sidney nel 1969.
3. Mi fu concesso l'incarico di Fellow del Reale Collegio dei Chirurghi Australiano-asiatico nel 1977.
4. Sono stato nominato Fellow della Fondazione del Collegio Australiano-asiatico per il sostegno della Medicina di Emergenza nel 1983.
5. Sono medico specializzato in medicina di emergenza e consulente decano, e dal 1978 ho esercitato la professione presso tutti gli ospedali universitari di Perth e anche presso diversi ospedali della periferia.
6. Le mie attività professionali comprendono incarichi clinici e amministrativi, l'insegnamento a studenti di medicina ed a personale ospedaliero tirocinante, conferenze presso l'Università dell'Australia Occidentale, e inoltre ho svolto il ruolo di Capo Dipartimento presso il Reale Ospedale di Perth e l'ospedale che ha sede nel Distretto di Swan, oltre a partecipare a convegni ed incontri nazionali ed internazionali.
7. Sono autore e co-autore di diversi studi pubblicati su riviste scientifiche recensite (Seconda sezione).
8. Il mio attuale datore di lavoro è il Ministero della Sanità dell'Australia Occidentale, dove svolgo il ruolo di co-direttore medico del Centro di Chiamata Sanitario dell'Australia occidentale.
9. Da quando l'AIDS fece la sua comparsa nel 1981, appartengo ad un gruppo di scienziati conosciuto come "Gruppo di Perth" capeggiato dalla biofisica Eleni Papadopulos-Eleopulos.
10. Durante gli ultimi 25 anni il Gruppo di Perth ha esaminato ampiamente la letteratura scientifica sull'HIV/AIDS e ha pubblicato diversi studi su riviste scientifiche recensite (allegati nella seconda sezione) e anche sulla stampa popolare e su Internet (terza sezione e sul sito del Perth Group: [www.theperthgroup.com](http://www.theperthgroup.com)).
11. Sono membro invitato del Comitato Presidenziale Consultivo sull'AIDS nel Sudafrica e nel luglio 2000 fece un intervento in questo incontro a nome del Gruppo di Perth.

12. La mia relazione è allegata (Prima sezione).

13. Le opinioni che sono state espresse in questa relazione sono le proprie e non riflettono quelle dei miei datori di lavoro precedenti o attuali.

14. Le affermazioni fatte in questa dichiarazione giurata sono le mie opinioni basate sullo studio della letteratura scientifica e, per quanto sappia, mi informi e creda sono corrette.

GIURATO dal Teste

A Perth

Il giorno del mese 2006

Davanti a me

Giudice di Pace

Australia Occidentale

PRIMA PARTE DELLA DICHIARAZIONE GIURATA DI VALENDAR FRANCIS  
TURNER

#### A. ISOLAMENTO DEL VIRUS

1. Secondo gli esperti dell'HIV/AIDS la teoria secondo la quale l'HIV causa l'AIDS è come segue a continuazione:

Esiste un singolo virus, classificato come retrovirus e che viene denominato virus dell'immunodeficienza umana (HIV). Questa entità viene trasmessa da una persona all'altra principalmente attraverso il sangue, il contatto sessuale e dalle madri infette ai loro nascituri. Quando l'HIV raggiunge l'organismo a) infetta e provoca la morte di un sottoinsieme di leucociti del sistema immunitario chiamati linfociti CD4; b) fa sì che il sistema immunitario rilasci anticorpi che reagiscono i con costituenti biochimici (proteine) della particella del virus. Il rilevamento di siffatti anticorpi viene adoperato per diagnosticare individui infetti dall'HIV. Dopo l'infezione e comunemente durante diversi anni, il numero delle cellule CD4 diminuisce gradualmente portando ad una situazione conosciuta come deficienza immunitaria acquisita ("AID"). L'AID a sua volta è seguito dallo sviluppo da diverse malattie ("indicatori dell'AIDS") che costituiscono la sindrome dell'AID clinico ("S"). Perciò un soggetto ha l'AIDS quando lui o lei ha l'HIV e sviluppa una o più di queste malattie. L'HIV non provoca direttamente le circa 30 diverse malattie indicatori dell'AIDS ma lo fa indirettamente a causa dell'effetto che provoca sul sistema immunitario.

2. La ricerca condotta dai miei colleghi e da me durante gli ultimi venti anni mi porta alla conclusione che questa teoria non è stata dimostrata.

3. Un virus è una particella microscopica (un piccolo frammento di materia) costituito da una "copia" genetica di acido nucleico (RNA o DNA) e da alcune proteine. Essendo i virus talmente piccoli, mancano dello spazio necessario per immagazzinare i materiali grezzi dai quali ricavano le sostanze e l'energia richiesta per la loro replicazione (riproduzione). Perciò, i virus, per replicarsi, diversamente dai batteri, ad esempio, sono parassiti obbligati delle cellule viventi.

4. Le particelle che hanno l' apparenza di un virus non vengono ritenute come un virus a meno che ci sia la prova che si replicano in questa maniera. Le particelle che assomigliano ad un virus e che rispettano questo requisito vengono chiamate "particelle infettive" e poi e solo poi siffatte particelle possono essere considerate come un virus.

5. I retrovirus appartengono ad una famiglia di particelle di virus che hanno in comune l'RNA come copia genetica ed un enzima proteico (un catalizzatore biologico che accelera la velocità delle reazioni chimiche) chiamato transcriptasi inversa (RT). Il ruolo di questo enzima è quello di copiare l' RNA virale per trasformarlo in DNA, un processo conosciuto come transcriptasi inversa. Viene chiamata "inversa" perché scorre in direzione contraria a quello che precedentemente veniva ritenuto come "dogma biologico" ma che non viene più accettato, cioè, che nei sistemi biologici l'informazione scorre solo in una direzione, cioè, dal DNA al RNA.

6. Le particelle di retrovirus hanno una forma sferica ed un diametro di circa 100nm. Nella lunghezza di un millimetro potrebbero esserci diecimila di siffatte particelle una a fianco all'altra.

7. Le particelle retrovirali possono essere visualizzate e la loro morfologia studiata solo attraverso l'uso del microscopio elettronico (EM). Quest'ultimo è uno strumento nel quale un fascio di elettroni, piuttosto che la luce, viene usato per "illuminare" l'oggetto dello studio. Il vantaggio dell'EM è la sua capacità di visualizzare e di definire la struttura cristallografica degli oggetti e le caratteristiche di quegli oggetti che non possono essere visualizzati col microscopio che adopera la luce. Il potere di risoluzione dell'EM è di circa 0,2 nanometri, cioè, circa la stessa distanza che separa due atomi in un oggetto solido. Sotto questo aspetto il funzionamento dell'EM è circa mille volte migliore da quello di un microscopio normale.

8. La morfologia è la branca della biologia che si interessa della forma e della struttura degli organismi. Per quanto riguarda i retrovirus siffatto studio fa chiarezza sulla grandezza, forma, caratteristiche generali e peculiari delle particelle virali.

9. I virologi affermano di poter dimostrare l'esistenza dei virus eseguendo una serie di protocolli di laboratorio chiamati collettivamente "isolamento dei virus". Riguardo l'"HIV", l'interpretazione di queste informazioni come prova dell'isolamento del virus è altamente problematica. Ciò è dovuto al fatto che (a) ciascun fenomeno ha altre cause note e accettate oltre a quella dei retrovirus. Alcune sono state scoperte decenni prima dell'era dell'AIDS da alcuni scienziati che adesso sono esperti dell'HIV; (b) gli esperimenti di "isolamento" non sono stati correlati da controlli corretti e talvolta persino da nessun esperimento di controllo. Questi ultimi sono esperimenti eseguiti contemporaneamente su materiale proveniente da pazienti che hanno anomalie cliniche, biochimiche ed immunologiche analoghe ai pazienti di AIDS ma che non hanno l'AIDS e nemmeno appartengono al gruppo a rischio di AIDS. Gli esperimenti di controllo sono una componente essenziale degli esperimenti di isolamento dei retrovirus perché potrebbero presentarsi dei "fenomeni retrovirologici", persino spontaneamente, nel materiale che si sa di non essere infetto da un retrovirus.

10. Si ritiene che il professore Luc Montagnier ed i suoi colleghi siano stati gli scienziati che per primi isolarono l'HIV e perciò che lo abbiano scoperto. I loro esperimenti furono pubblicati nell'edizione del 20 maggio del 1983 di *Science* ed esemplificano i problemi elencati nel punto (8).

L'articolo di Montagnier è intitolato "Isolamento di un retrovirus linfotropico T [HIV] da un paziente a rischio di sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS)". Tuttavia, ciò che Montagnier riferì come "isolamento" era la scoperta di un'attività enzimatica, cioè, la transcriptasi inversa, non la purificazione di particelle che somigliano ai virus e che si dimostrarono di essere infettive. Difatti Montagnier non purificò l'"HIV".

11. Nelle successive ricerche non sono stati eseguiti esperimenti sostanzialmente diversi da quelli riferiti da Montagnier e dai suoi colleghi. Perciò, basandoci sulle risultanze che sono attualmente disponibili, non è possibile affermare che sia stato isolato nemmeno un singolo retrovirus dai tessuti dei pazienti con l'AIDS.

## B. TEST ANTICORPALI

12. Nondimeno, l'isolamento dei virus non è il metodo di routine per diagnosticare l'infezione da HIV perché è tecnicamente impegnativo, lento, e caro.

13. Dal 1983-1984, cioè, dal momento in cui le relazioni sulla scoperta dell'HIV apparirono nella letteratura scientifica, gli scienziati hanno cercato di adoperare dei test per scoprire anticorpi ai fini della diagnosi dell'infezione da HIV. Siffatti test si resero disponibili generalmente nel 1985 e la loro diffusa disponibilità ed uso attuali dipendono in larga misura dai prodotti forniti dalle aziende di biotecnologia.

14. Gli individui che soddisfano i criteri che vengono ritenuti tali da un risultato positivo nei confronti del test, (che differiscono considerevolmente), vengono considerati come se fossero "sieropositivi all'anticorpo HIV". Questo termine è sinonimo di "sieropositivo all'HIV" ma nessun termine significa che siano state isolate delle particelle "HIV" da un soggetto.

15. Gli anticorpi non sono dei virus. Gli anticorpi e per questo motivo un test anticorpale ad esito positivo potrebbero essere la dimostrazione indiretta di un'infezione virale ma se e solo se gli anticorpi dimostrassero di essere specifici. Un test anticorpale che è 100% specifico significa che un virus è l'unica causa di un test ad esito positivo, cioè, nient'altro eccetto il virus è capace di procurare un test ad esito positivo. Gli esperti dell'HIV/AIDS affermano che i loro test anticorpali sono effettivamente specifici al 100% nei confronti dell'infezione da HIV.

16. Gli anticorpi si sviluppano perché il sistema immunitario ha la capacità inerente di distinguere tra "proprio" e "non proprio" (self e non-self). Cioè, il sistema immunitario può rilevare la presenza di materiale estraneo che raggiunge l'organismo come batteri e virus. Qualsiasi sostanza che causa la formazione di anticorpi è conosciuta col termine generico di "antigene" (da GENeratore di ANTicorpi). Di conseguenza quando una persona o un animale viene infettato da una sostanza estranea, come una proteina proveniente da un virus, si può predire che si svilupperanno degli anticorpi. Ad esempio, si formano anticorpi a seguito di infezioni naturali come il morbillo e la varicella. Lo stesso avviene a seguito di

immunizzazioni contro i medesimi virus. Gli anticorpi sono rilevabili nel circolo sanguigno circa dieci giorni dopo un'infezione e raggiungono la loro concentrazione massima entro circa tre settimane.

17. Di conseguenza dopo pochi giorni dall'inizio di un'infezione naturale o da un'immunizzazione si può anche predire che se si ricava del siero da un soggetto e lo si mescola con le proteine virali, ciò provocherà una reazione.

18. Il siero è il fluido giallastro dove i globuli rossi galleggiano e dove sono in sospensione tutti gli anticorpi del soggetto. Il siero costituisce circa la metà del volume del sangue e viene separato dai globuli rossi tramite la centrifugazione del campione di sangue in una centrifuga. A causa del fatto che il siero viene adoperato per rilevare anticorpi, l'uso di anticorpi per diagnosticare infezioni fa parte della procedura conosciuta come sierologia.

19. Perciò la presenza di anticorpi viene dimostrata dal fatto che reagiscono con l'antigene causale. Lo scienziato di laboratorio rileva il verificarsi di una reazione perché codesta causa un'alterazione fisica e rilevabile della miscela di reazione. Comunemente si tratta di un cambiamento di colore che può essere quantificato adoperando un apparecchio come lo spettrofotometro. In alcuni test anticorpali il cambiamento di colore viene notato ed interpretato dal tecnico di laboratorio.

20. Due cose vengono richieste per eseguire un test per determinare se ci sono anticorpi che reagiscono nei confronti dell'"HIV": (a) le proteine dell'"HIV". (b) un campione di siero del soggetto che viene sottoposto al test.

21. Per ottenere le proteine dell'HIV prima di tutto è necessario purificare le particelle del virus. Ciò è dovuto al fatto che i virus si replicano solamente nelle cellule, e le cellule stesse, come tutti i virus e la materia vivente in generale, sono anche costituiti da RNA e proteine. Luc Montagnier, lo scopritore dell'HIV, è d'accordo con questo requisito di buon senso. Durante un'intervista nel 1997, come risposta ad una domanda riguardo ciò che era necessario per definire le proteine dell'HIV, rispose "...l'analisi delle proteine del virus richiede produzione massiccia e purificazione. Bisogna farlo".

22. Tuttavia nel loro articolo su *Science* del 1983, nel quale Montagnier ed i suoi colleghi affermavano di aver per primi isolato e purificato l'HIV, non pubblicarono nessuna micrografia al microscopio elettronico a dimostrazione che il materiale che chiamavano "virus purificato" conteneva particelle che avevano la morfologia dei retrovirus. O che conteneva qualsiasi particella di qualsiasi tipo, sia retrovirale sia non retrovirale. Nella stessa intervista del 1997, quando gli fu chiesto riguardo questa omissione, Montagnier rispose che siffatte Ems sono state scattate ma che, nonostante uno "sforzo romano", nessuna dimostrò di rilevare l'esistenza delle particelle "con la morfologia caratteristica dei retrovirus".

23. Anche nella stessa intervista, Montagnier precisò ripetutamente che non aveva purificato l'HIV. E secondo la sua opinione nemmeno il gruppo principale di ricerca americano capeggiato dal dott. Robert Gallo lo aveva fatto quando il suo gruppo riferì il loro isolamento dell'HIV il 4 maggio 1984.

24. Di conseguenza, lo scopritore dell'HIV non aveva nessuna prova dell'isolamento oppure della purificazione di un nuovo retrovirus, facendo sì che fosse impossibile, adoperando lo stesso metodo, che Montagnier o qualsiasi altro riuscisse a caratterizzare speciali proteine come quelle di un retrovirus che infetta soggetti con l'AIDS.

25. Le ricerche pubblicate da quel momento confermano che le particelle che affermano di essere l'HIV non sono state purificate.

26. Le ricerche pubblicate da quel momento dimostrano che le proteine ritenute proprie dell'HIV potrebbero essere trovate nelle cellule "non infette dall'HIV".

27. Ciò nonostante, gli esperti dell'HIV credono apparentemente che ci siano proteine che appartengono ad un retrovirus HIV e affermano di adoperarle per trovare "anticorpi HIV" e in questo modo dimostrare l'infezione da "HIV".

28. Anche se ci fosse la prova che quelle proteine sono quelle di una particella infettiva e purificata che dimostrò di essere un retrovirus, il fatto che dei pazienti abbiano anticorpi che reagiscono con quelle proteine non è prova che gli anticorpi siano causati dall'infezione da HIV. Ciò è dovuto al fatto che gli anticorpi indotti da uno speciale antigene reagiscono non solo con quell'antigene ma anche potrebbero reagire con altri antigeni. Questo è un argomento criticamente significativo e che credo sia stato trascurato nell'inchiesta per scoprire la causa dell'AIDS. Le implicazioni di questo fatto vengono spiegate nei seguenti esempi (29, 30, 33).

29. Gli esseri umani che appartengono al gruppo sanguigno A hanno anticorpi che reagiscono con i globuli rossi di persone che appartengono al gruppo sanguigno B. E viceversa. Se viene trasfuso involontariamente il sangue di ciascuna persona all'altra, gli anticorpi nel ricettore reagiranno con i globuli rossi del donante, e perciò provocheranno coaguli intravascolari e bloccheranno la circolazione del ricettore. Il risultato potrebbe essere funesto. Tuttavia, nessun scienziato metterebbe in discussione il fatto che gli anticorpi sono causati dall'"infezione" del sangue di un'altra persona né affermerebbe che la loro presenza dimostra un'"infezione" del sangue umano. Difatti gli scienziati credono che siffatti anticorpi si sviluppino appena il neonato lascia i confini sterili dell'utero e viene esposto ad una ampia gamma di sostanze estranee provenienti dall'ambiente, compresi i germi. Tuttavia, gli anticorpi prodotti come conseguenza di questi stimoli antigenici rilasciano casualmente anticorpi che reagiscono con gli antigeni presenti nei globuli rossi di altri esseri umani. Da qui l'assoluto bisogno di analizzare il sangue prima di iniziare le trasfusioni.

30. Una malattia comune causata dall'infezione provocata dal virus Epstein-Barr è la mononucleosi. L'infezione di questo virus non solo ha come conseguenza la produzione di anticorpi che reagiscono col virus Epstein-Barr ma anche anticorpi che reagiscono con i globuli rossi di pecore e cavalli. Infatti, quando ci si confronta con un paziente la cui storia, sintomi e segni suggeriscono la mononucleosi, i medici clinici ordinano dei test per quest'ultimo piuttosto che per gli anticorpi del virus Epstein-Barr. Tuttavia siffatti pazienti non sono infettati dal sangue animale e nemmeno il sangue animale è la causa della malattia.

31. Perciò dobbiamo concludere che non è possibile affermare ipso facto che una reazione tra un anticorpo ed un antigene dimostri che il soggetto è stato esposto o infettato da questo antigene. O da un batterio o da un virus che ha quest'antigene.

32. Quando un anticorpo reagisce con un antigene oltre all'antigene che lo aveva indotto, la reazione viene chiamata "reazione incrociata". Una caratteristica risaputa nei confronti di tutte le molecole di anticorpi è la possibilità di produrre reazioni che sono sconcertanti e perciò fuorvianti. "Reazioni" (desiderate) e "contro reazioni" (non desiderate) possono essere considerate analoghe alle droghe che hanno "effetti" (desiderati) ed "effetti collaterali" (non desiderati). In entrambi i casi ciò che è "non desiderato" limita la capacità di raggiungere i risultati desiderati. Questo è il motivo per cui la sierologia è stata descritta come "qualcosa di simile a riuscire a determinare le forme esatte delle nubi dalle ombre che proiettano per terra".

33. Un esempio pertinente è il fatto che il 62% dei pazienti che vengono colpiti da un attacco di morbillo sviluppano anticorpi che reagiscono con sei delle dieci cosiddette proteine dell'"HIV". Gli esperti dell'HIV ammettono che questi non sono anticorpi causati dall'infezione da "HIV". Sono anticorpi del morbillo che hanno una reazione incrociata con le proteine presenti nei test anticorpali dell'"HIV".

34. Gli immunologi credono che gli esseri umani siano capaci di elaborare forse una quantità di un milione di molecole di anticorpi diverse. Dato questo repertorio e la loro dimostrata tendenza naturale alle reazioni incrociate, è impossibile concludere, solo sulla base delle reazioni, che ciò dimostri l'identità degli anticorpi coinvolti.

35. L'unico mezzo attraverso il quale si può dimostrare che le reazioni degli anticorpi siano specifiche nei confronti di un presunto agente, è quello di confrontare le reazioni con quell'agente. Questo è un esercizio puramente empirico che può essere illustrato meglio con un altro esempio conosciuto.

36. I test di gravidanza sono test di anticorpi. Per dimostrare l'accuratezza di un test del sangue per rilevare la gravidanza si confrontano dei risultati di test positivi e negativi nei confronti della presenza o assenza di bambini nati. Nel caso di un test preciso al 100%, si potrebbe sperare che tutte le donne che ebbero bambini diano un risultato positivo nei confronti del test e che tutte le donne che non ebbero bambini diano un risultato negativo al test. In altre parole, i parametri dei test, compresa la specificità per rilevare la gravidanza, vengono dimostrati adoperando il bambino come "gold standard". Nel caso dell'"HIV", viene affermato che i test anticorpali dimostrino l'infezione da HIV. Di conseguenza il gold standard per un siffatto test deve essere l'HIV stesso, come dimostrato dall'isolamento del virus. In questo caso l'HIV è "il bambino" che stabilisce la validità del fatto che le reazioni tra gli anticorpi e le proteine del test siano causate dall'infezione da "HIV". Questo principio del gold standard viene usato per controllare dei test in tutta la medicina clinica ma non è stato preso in considerazione dagli esperti dell'HIV/AIDS riguardo la determinazione dei parametri dei test anticorpali per l'infezione da HIV. Non c'è alcuna relazione su tutta la letteratura scientifica che menzioni che i test anticorpali siano stati verificati indipendentemente da una reazione anticorpo/antigene nei confronti di un gold standard per l'isolamento dei virus.

37. Visto che l'isolamento stesso dell'HIV è problematico, al momento presente questa verifica del gold standard non può essere fatta.

38. Perciò considero che non ci siano ragioni scientifiche per affermare che un soggetto che è "sieropositivo all'anticorpo HIV" sia infettato da un retrovirus HIV.

39. Questa conclusione non nega i fatti che (a) gli anticorpi siano presenti; (b) qualsiasi la loro genesi, predicono la presenza o sviluppo di malattie tra i gruppi a rischio di AIDS.

40. Gli esperti dell'HIV/AIDS sono consapevoli che i soggetti possono avere anticorpi che reagiscono con una o con diverse proteine dell'"HIV" e tuttavia non essere infetti dall'HIV. Difatti spiegano questi casi come "falsi sieropositivi biologici" provocati da anticorpi "non HIV" che hanno reazioni incrociate.

41. Gli esperti dell'HIV dichiarano che possono distinguere tra "veri anticorpi" (causati dall'HIV) e "reazioni incrociate" (non causati dall'HIV) adoperando test anticorpali di seconda, terza e quarta generazione e sistemandoli in diversi algoritmi di test. Con lo sviluppo di siffatti metodi affermano che l'infezione da HIV può essere diagnosticata con la massima accuratezza. Rifiuto siffatte affermazioni perché nessuna quantità di "rattoppo tecnologico" può ovviare alla necessità fondamentale di controllare tutti i test anticorpali, indipendentemente dai metodi usati e dall'organizzazione con la quale sono fatti, adoperando il gold standard dell'isolamento dei virus.

42. Un siffatto algoritmo di analisi, che viene adoperato nella maggioranza dei paesi compresa l'Australia, comprende un test anticorpale conosciuto come Western blot. Si ritiene che questo test agisca da test "supplementare" per "confermare" altri test di "screening" di anticorpi positivi che gli stessi esperti dell'HIV considerano meno di ideali ed specifici per diagnosticare l'infezione da HIV. Nella procedura del Western blot le dieci o più proteine "HIV" vengono imbevute in punti indipendenti lungo la lunghezza di una striscia di nitrocellulosa. I punti dove ciascuna proteina è presente vengono identificati da 'p' (che sta per proteina) seguita da un numero (che è il peso molecolare di quella proteina in migliaia). Ad esempio, p18 o p24. Tre delle proteine vengono etichettate gp' (che sta per glicoproteina) perché quelle proteine (gp41, gp120, gp160) incorporano frazioni di zucchero nella loro struttura. Quando viene aggiunto del siero ed i nastri sviluppano i punti a causa delle reazioni tra gli anticorpi e le proteine, appaiono bande colorate. Il tecnico di laboratorio visualizza queste bande e di conseguenza determina quali proteine hanno anticorpi che reagiscono con codeste. Si fa una relazione del test Western blot a seconda del numero e del tipo di banda che appaiono sulla striscia. Gli esperti dell'HIV affermano che certi risultati che appaiono sulle bande del Western blot dimostrano l'infezione da HIV e che solamente questi risultati vengono riferiti come sieropositivi. In Australia, un Western blot negativo è quello che non ha bande. Qualsiasi risultato che non è né positivo né negativo viene riferito come indeterminato. Si ritiene che la maggioranza di questi risultati indeterminati non siano dovuti ad infezione da HIV.

43. Dovrebbe essere noto che il 40% dei donatori di sangue in buona salute hanno almeno una banda del Western blot. Gli esperti dell'HIV affermano che queste

bande non sono causate da anticorpi HIV ma da anticorpi "non HIV" che hanno reazioni incrociate. Di conseguenza gli anticorpi che reagiscono con "le proteine dell'HIV ma che non sono causati dall'"HIV" sono altamente ricorrenti nelle persone in buona salute che non sono a rischio di sviluppare l'AIDS.

44. Le persone in buona salute hanno relativamente meno anticorpi che i pazienti con l'AIDS che hanno comunemente, in generale, elevati livelli di anticorpi. Quanto più è alto il numero di anticorpi, maggiore è la possibilità di reazioni incrociate. Perciò, uno scienziato dovrebbe aspettarsi che i soggetti malaticci, i pazienti con l'AIDS compresi, abbiano una molto più elevata ricorrenza di anticorpi "non HIV" che reagiscono nei test dell'HIV rispetto ai soggetti in buona salute. Senza risultanze ottenute adoperando il gold standard dell'isolamento virale, è impossibile accertare quale proporzione, semmai, di soggetti "sieropositivi all'HIV" reagiscono a causa degli anticorpi HIV piuttosto che a causa degli anticorpi "non HIV".

45. Anche se accettiamo che le proteine nelle bande del Western blot fossero in origine dell'HIV ci sono diversi problemi nei confronti di questo "test di conferma". Il più significativo è che, come tutti i test anticorpali adoperati soli o in combinazione, la specificità del Western blot non è stata determinata usando un gold standard di isolamento dei virus.

46. Il Western blot non è standardizzato. Cioè, le combinazioni di bande che "confermano" l'infezione da HIV in un laboratorio, istituzione o paese possono non "confermarlo" in un altro. Ad esempio, i principi che definiscono i risultati di un test Western blot positivo nella città di New York non sono gli stessi da quelli usati in Australia o Africa. Per adoperare una analogia, nessun medico accetterebbe l'esistenza di diversi criteri elettrocardiografici a livello mondiale per diagnosticare un attacco al cuore. Un paziente non può avere un "attacco al cuore positivo all'ECG" nella città di Nuova York che non sia un "attacco al cuore positivo all'ECG" a Sydney, Australia (Quarta parte).

47. La variazione globale nei criteri nei confronti di un Western blot positivo fa sì che sia impossibile affermare che possa persino essere determinata la specificità di un test del genere.

48. Per le ragioni sopra nominate credo che non ci sia alcun fondamento nei test anticorpali per ritenere che Parenzee fosse infettato da un retrovirus.

49. Quindi giungo alla conclusione che non ci sia la prova scientifica che dimostri che Parenzee ha trasmesso un retrovirus ai suoi partner sessuali.

### C. TEST DI CARICA VIRALE

1. Secondo gli esperti dell'HIV/AIDS, l'HIV è un retrovirus con un singolo genoma a RNA. Il termine genoma viene definito come l'insieme dei geni ed il genoma è necessario affinché la particella dell'HIV riesca a riprodurre le particelle del virus.

2. Uno scienziato, per identificare l'RNA come appartenente ad un retrovirus, deve prima purificare le particelle virali. Ciò è dovuto al fatto che le cellule nelle quali si replicano i virus hanno anche esse RNA. Visto che le particelle che vengono

ritenute come se fossero "HIV" non sono state purificate, non è possibile affermare che un particolare RNA venga identificato come quello dell'"HIV".

3. Gli esperti dichiarano che sono capaci di determinare il numero di molecole di RNA presenti in un campione di sangue adoperando diversi test metodologicamente diversi fondati su una tecnica biochimica conosciuta come la reazione a catena polimerasica (PCR). La PCR è una tecnica che utilizza un piccolo frammento del RNA per moltiplicarlo velocemente ed in questo modo rilevare se lo stesso RNA è presente nel materiale del test. Per quanto riguarda i retrovirus, la trascrizione inversa consente di ricavare del DNA dall'RNA retrovirale. Si adopera il DNA perché la PCR lavora soltanto col DNA ma non con l'RNA. Il numero ricavato dai test PCR viene chiamato dagli esperti "carica virale dell'HIV" e affermano che siffatte misurazioni sono essenziali per la gestione clinica dei pazienti che sono sieropositivi all'HIV. Si ritiene che la "carica virale" sia l'indicatore diagnostico più affidabile nei confronti degli individui infetti dall'HIV e che codesta guidi anche la scelta e determini l'efficacia della terapia con farmaci "antiretrovirali".

4. Nel 1996 un'esperto dell'HIV di importanza internazionale pubblicò uno studio su *Science* nel quale affermava che "Nel volume di sangue totale, il numero di virioni può eguagliare una cifra pari a 106 [un milione] di particelle per millimetro, oppure una cifra stimata pari a 109 [1 bilione] di particelle dell'HIV per millimetro".

5. Tuttavia, (a) non sono state pubblicate correlazioni tra la "carica virale" (numero di molecole di RNA) ed il numero di particelle ritenute "HIV" nel sangue. Ciò è dovuto al fatto che fino ad oggi nessun ricercatore dell'HIV ha pubblicato nemmeno una singola micrografia al microscopio elettronico a dimostrazione dell'esistenza di neanche una singola delle siffatte particelle nel sangue di nemmeno un paziente con l'AIDS; (b) le molecole di RNA non sono particelle virali ed è necessario che ci siano particelle virali affinché abbia luogo l'infezione. Perciò il termine "carica virale" è infondato e fuorviante.

6. Gli esperti dell'HIV ammettono che ci sono dei problemi per misurare la reale "carica virale". Diversi laboratori e diversi test della PCR ottengono risultati notoriamente diversi della medesima "carica virale" su identici campioni (Quinta e sesta sezione).

7. Queste informazioni sulla "carica virale" confermano, ad esempio, che in un test speciale la "carica virale" potrebbe essere del 60% inferiore o superiore rispetto al valore medio; (b) se viene adoperato un altro test sullo stesso campione la media ottenuta viene dimezzata con una variazione del 30% intorno alla media. Nelle informazioni contenute in un altro test una "carica virale" potrebbe essere 295.000 o meno di 400 (che viene considerata zero) a seconda di quale procedura venga adoperata per ottenere la misurazione. Questa gamma (295000/0) è matematicamente infinita.

8. La variabilità che esiste tra i laboratori e tra i test viene utilizzata per giustificare le raccomandazioni degli esperti affinché i pazienti siano testati dallo stesso laboratorio usando la stessa procedura. In altre parole, agli esperti dell'HIV non interessa il valore reale della "carica virale". Ciò porta a farsi la domanda di come è possibile (a) rilasciare dichiarazioni generali e categoriche riguardo la

rilevanza biologica della “carica virale”; (b) trasporre siffatte affermazioni a livello individuale a pazienti la cui “carica virale” viene controllata per gli stessi motivi. Cioè, prendere decisioni gestionali riguardo la terapia “antiretrovirale” e consigliare sulla prognosi. Se l’affidabilità delle misurazioni della chimica dell’organismo fosse tanto irrilevante quanto la “carica virale”, la gestione dell’equilibrio liquido ed elettrolitico sarebbe impraticabile. Ad esempio, se un metodo di misurazione del sodio del siero producesse un risultato che fosse la metà di quello di un altro, quest’ultimo non avrebbe alcun senso perché sarebbe incompatibile con la vita.

9. Roche, il produttore del Roche HIV-1, che è uno dei test per la misurazione della “carica virale” del DNA provirale più comunemente usati, ha ritirato il proprio test dal commercio. Vedi [http://www.nrl.gov.au/dir185/NRLAttach.nsf/Images/nr04-January.pdf/\\$File/nr04-January.pdf](http://www.nrl.gov.au/dir185/NRLAttach.nsf/Images/nr04-January.pdf/$File/nr04-January.pdf). In questo articolo del Laboratorio Nazionale di Riferenza di Serologia pubblicato sul giornale online *News & Reviews*, riguardo la diagnosi dell’infezione da “HIV” mediante l’uso dei test ad acido nucleico (RNA e DNA), si avverte anche quanto segue:

“L’algoritmo diagnostico attuale nei confronti dell’infezione da HIV si basa sul rilevamento di anticorpi specifici dell’HIV-1. L’insieme dello screening EIA accompagnato da un test Western blot confermativo, e’ riuscito a rilevare con precisione la presenza dell’infezione da HIV in più del 99% dei casi. Con l’avvento della tecnologia molecolare sensibile, i test del DNA provirale dell’HIV-1 sono stati inclusi nel algoritmo per coadiuvare nella diagnosi dei neonati, nel rilevamento di sierconversioni e nella risoluzione dello stato infettivo negli individui indeterminati in rapporto agli anticorpi. I test della carica virale misurano l’RNA dell’HIV e sono stati sviluppati per monitorare l’efficacia dei trattamenti antiretrovirali e per misurare la quantità di virus presente nei pazienti che hanno l’infezione da HIV confermata. Non sono sviluppati per la diagnosi dell’infezione da HIV e si dimostra che il loro uso per questo scopo diede luogo a dei falsi risultati positivi, cioè che determino delle diagnosi iniziali sbagliate negli individui non infetti (1-3). L’informazione presentata nei confronti dei falsi risultati positivi trovati nei campioni negativi di RNA dell’HIV-1 che adoperavano test quantitativi, e’ stata anche osservata regolarmente negli EQAS della carica virale dell’HIV-1 NRL. Le istruzioni contenute nel test di carica virale dell’HIV-1 della Roche affermano che “il test MONITOR dell’HIV-1 COBAS AMPLICOR v1,5 non e’ destinato ad essere impiegato come test di screening del sangue o degli emoderivati per rilevare la presenza dell’HIV-1 o come test diagnostico per confermare la presenza dell’infezione da HIV-1”. Quindi, l’uso dei test di carica virale (quantitativi) all’interno degli algoritmi diagnostici viene escluso in modo specifico nelle condizioni in cui sono state fatte le registrazioni dei test presso il Registro Australiano dei Prodotti Terapeutici. I laboratori che adoperano questi test a scopo diagnostico sono i soli responsabili dell’accuratezza dei risultati riferiti”.

10. Per essere in grado di fare il conteggio di molecole di RNA uno scienziato deve avere a disposizione un test capace di distinguere tra l’RNA dell’HIV ed altri RNA. Per usare una analogia, se desideriamo fare il conteggio del numero di mele in un frutteto dove crescono tutti i tipi di frutta, dobbiamo per prima essere capaci di riconoscere una mela.

11. Se, come affermano gli esperti dell'HIV, la carica virale misura l'RNA dell'"HIV", allora questo test dovrebbe essere capace di distinguere tra l'RNA dell'"HIV" ed altri RNA. Cioè, per il fatto stesso di riconoscere l'RNA dell'"HIV", il test dimostra l'infezione da HIV. Tuttavia, secondo i Centri Americani per il Controllo delle Malattie (CDC), i test degli acidi nucleici dell'RNA virale del plasma anziché i test per lo screening dell'HIV autorizzati (ad esempio, "l'immunoenzimatico ripetutamente reattivo" (sottolineato nell'originale) NON dovrebbero essere adoperati negli adulti, adolescenti, e bambini infettati da altri fattori oltre l'esposizione perinatale. (I "test di screening autorizzati" e l'"immunoenzimatico" sono test anticorpali).

12. Tuttavia, secondo gli esperti dell'HIV, il ruolo della "carica virale" è limitato alla misurazione della "quantità di virus" presente nei pazienti la cui infezione da "HIV" è stata prima dimostrata dai test anticorpali.

13. Un gruppo di esperti dell'HIV afferma che "I test di carica [RNA] virale del plasma non sono stati né sviluppati né valutati per la diagnosi dell'infezione da HIV".

14. Roche, l'azienda che produsse e vendette il test MONITOR RNA HIV-1 AMPLICOR incluse la seguente dichiarazione nel foglietto illustrativo della confezione del test: "Il test v1.5 MONITOR HIV-1 AMPLICOR COBAS non è stato sviluppato per essere adoperato come test di screening del sangue o degli emoderivati per accertare la presenza dell'HIV-1 o come test diagnostico per confermare la presenza dell'infezione HIV-1".

15. Così, il test che gli esperti dell'HIV affermano di essere capace di identificare molecole di RNA specifiche dell'"HIV" non viene ritenuto capace di diagnosticare l'infezione da "HIV".

16. Giungo alla conclusione che questi test non abbiano senso nei termini della loro capacità per identificare l'RNA come appartenente all'"HIV", ancor meno per misurare la "carica virale".

#### D. IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (RIDOTTO NUMERO DI CELLULE CD4)

1. I medici clinici che trattano i soggetti sieropositivi all'HIV ed i pazienti con l'AIDS controllano il numero di cellule CD4 presenti nel sangue periferico. Una diminuzione del loro numero viene interpretata come prova del fatto che le cellule vengono distrutte come conseguenza dell' infezione da HIV.

2. Il fatto che le cellule CD4 sono in diminuzione nel circolo sanguigno non prova che le medesime subiscano un processo distruttivo. La loro scomparsa non prova la loro morte più di quanto la scomparsa a Pasqua di quote di popolazione dalle città prova che i loro cittadini sono morti.

3. Le cellule CD4 vengono conteggiate attraverso anticorpi che si legano ad una molecola posta sulla superficie della cellula che viene conosciuta come il 'ricettore' della cellula CD4. I dati pubblicati dagli esperti dell'HIV mostrano che la diminuzione registrata nei conteggi di cellule CD4 può non essere dovuta alla loro distruzione selettiva, ma invece alla perdita dei loro recettori di superficie che non sono più disponibili per legarsi alle molecole degli anticorpi.

4. In colture di cellule CD4 alcuni agenti chimici inducono cambiamenti simili senza uccidere le cellule.

5. L'esperimento in vitro (cioè, nella vaschetta di laboratorio, che è l'opposto ad un'esperimento in vivo) che viene eseguito a dimostrazione del fatto che l'HIV uccide le cellule CD4, risente del fatto che non è possibile aggiungere l'HIV puro alle colture cellulari dei CD4. Ciò è dovuto al fatto che ad oggi nessun ricercatore ha isolato l'HIV. In tal modo i siffatti esperimenti, anche se hanno mostrato un numero in calo di cellule in coltura, non sono in grado di distinguere tra l'"HIV" come causa effettiva e le molte altre sostanze che contaminano l'"HIV".

6. I dati mostrano che anche se dovesse aggiungersi l'"HIV non puro" alle colture, l'"HIV" non produrrebbe una diminuzione più significativa del numero delle cellule CD4 in confronto a quella osservata nelle colture di controllo alle quali sono state aggiunte sostanze prive dall'"HIV".

7. Secondo alcuni dati nei gruppi a rischio di AIDS, ad esempio i consumatori di droga e gli emofiliaci, i soggetti possono avere bassi numeri di CD4 ancora prima di diventare sieropositivi nei confronti dell'HIV. In altre parole, la presunta causa (l'HIV) segue all'effetto (ridotto numero di cellule CD4).

8. Montagnier ha affermato: "Questa sindrome [AIDS] si presenta in una minoranza di soggetti infetti che hanno generalmente in comune un passato di stimolazione antigenica e di immunodepressione prima dell'infezione da LAV [HIV]".

## E. TRASMISSIONE SESSUALE

1. Le malattie infettive sono causate da microbi trasmessi da un soggetto all'altro. Quindi una persona infetta da un particolare microbo trasmette il microbo ad un'altra persona non infetta, che a sua volta lo trasmette ad altre persone.

2. Ciò che distingue le infezioni trasmesse sessualmente dalle altre infezioni, è il fatto che i microbi che le causano sono presenti nel liquido seminale ed in quello cervico-vaginale.

3. In nessun paese del mondo esiste nemmeno un singolo studio riguardo la trasmissione sessuale dell'HIV che si basi su una qualsiasi prova della presenza dell'HIV nelle secrezioni genitali.

4. L'uniche prove presentate per dimostrare la trasmissione eterosessuale è quella epidemiologica, cioè, l'esame della relazione che intercorre tra un test anticorpale positivo ed il comportamento sessuale. Tali studi poggiano su deduzioni tratte da associazioni statistiche tra gruppi di osservazioni.

5. In tutti gli studi pubblicati sulla trasmissione sessuale relativi ad individui omosessuali, così come a casi eterosessuali, i partners sessuali non sono collegati da contatti sessuali reciproci conosciuti (traccia del contatto) oppure da contatti sessuali con individui di cui è noto lo stato anticorpale, positivo o negativo che sia.

6. La maggior parte degli studi che ipoteticamente dimostrano la trasmissione eterosessuale sono a sezione incrociata. In altre parole, se entrambi i partner sessuali risultano essere sieropositivi nei confronti dell'HIV e l'epidemiologo ritiene che non ci sia un'altra ragione che spieghi l'esito positivo del test, viene assunto il

fatto che un partner ha trasmesso il virus HIV all'altro attraverso un contatto sessuale. La direzione della trasmissione (dal maschio alla femmina o dalla femmina al maschio) è assegnata in modo arbitrario.

7. Ci sono alcuni studi eseguiti su partner sessuali nei quali uno è sieropositivo nei confronti dell'HIV e l'altro no. Le coppie sono state seguite per un certo tempo ai fini di accertare ciò che accade allo stato anticorpale del partner sieronegativo nei confronti dell'HIV. Questi studi vengono chiamati studi longitudinali o prospettici.

8. La Prof.ssa Nancy Padian del Dipartimento UCSF di Ostetricia, Ginecologia e Scienze della Riproduzione ha condotto i migliori studi disponibili e anche i più prolungati sulla trasmissione eterosessuale dell'HIV. Dalla sezione incrociata del suo studio durato 10 anni Padian ha calcolato che "l'infezione dovuta alla trasmissione per contatto da maschio a femmina è bassa, circa 0,0009" e che "essa è circa otto volte maggiore da quella da femmina a maschio". In altre parole, la probabilità che esiste di trasmissione per contatto da maschio a femmina è pari ad 1 su 1111 e quella da femmina a maschio è pari ad 1 su 8888. Questi rischi per contatto sessuale sono in marcato contrasto col caso della gonorrea ad esempio, dove il rischio per contatto è pari a  $\frac{1}{2}$  nella trasmissione dal maschio alla femmina e a  $\frac{1}{4}$  nella trasmissione dalla femmina al maschio. Da notare che il tasso di probabilità di trasmissione da femmina a maschio si basò su due singoli casi, la cui validità è stata messa in dubbio dalla stessa Padian. In realtà Padian ha sottolineato i limiti degli studi a sezione incrociata e ciò è stato il motivo per cui ebbe inizio lo studio prospettico.

9. Da notare altresì che Padian accetta un test anticorpale positivo come prova sufficiente dell'infezione da HIV e quindi dell'avvenuta trasmissione. Tuttavia i criteri che Padian ed i suoi colleghi accettano per concludere che un test Western Blot è positivo e per la 'conferma' dell'infezione da HIV, non sono considerati sufficienti nella maggioranza dei paesi, istituzioni e laboratori, ivi inclusi quelli australiani.

10. La seguente tabella confronta le probabilità che presenta una donna di contrarre l'infezione dal suo partner maschio infetto sia rispetto all' HIV, sia nei confronti della gonorrea dopo un dato numero di rapporti sessuali.

Probabilità cumulativa di infettarsi

Numero di contatti	Probabilità di Infezione	
	Gonorrea	"HIV"
0	0%	0%
1	50%	0.09%
2	75%	0.18%
3	88%	0.27%
4	94%	0.36%
5	98%	0.45%
777		50%
3333		95%

La seguente tabella confronta le probabilità che ha una donna di non contrarre l'infezione sia nei confronti della gonorrea, sia nei confronti dell'"HIV".

Probabilità cumulativa di non infettarsi

Numero di contatti	Probabilità di non contrarre alcuna infezione	
	Gonorrea	"HIV"
0	100%	100%
1	50%	99.9%
2	25%	99.8%
3	13%	99.7%
4	6%	99.6%
5	2%	99.6%
777		50%
3333		5%

In media, per avere una probabilità pari al 50% di contrarre un'infezione da "HIV" una donna dovrebbe avere 777 rapporti sessuali col suo partner maschio. Per avere una probabilità pari al 95% occorrerebbero 3333 rapporti. Premesso che i due partner fossero capaci di avere un rapporto ogni tre giorni per un tempo indeterminato, occorrerebbero da 6,3 a 27,4 anni rispettivamente affinché l'infezione da HIV venga trasmessa ad una donna. Per quanto riguarda la trasmissione dalla donna all' uomo (secondo la Padian e' otto volte inferiore) occorrerebbero in media da 6.200 a 27.000 rapporti rispettivamente ed un periodo da 51 a 222 anni affinché un uomo venga infettato dalla sua partner donna.

11. La parte prospettica dello studio di Padian ha registrato il risultato riferito alle coppie nelle quali un partner era sieronegativo nei confronti dell'HIV mentre l'altro era già sieropositivo. Questa parte dello studio è durata sei anni durante i quali i partecipanti hanno avuto sedute regolari ed intensive nelle quali veniva affrontato l'argomento della sicurezza dei loro rapporti. Tuttavia, anche dopo sei anni dall'inizio, praticamente il 25% delle coppie ancora non adoperavano i preservativi. Ciononostante nessun soggetto ha trasmesso né è stato contagiato dall'HIV.

12. L'uso regolare dei preservativi non significa assenza di esposizione a secrezioni genitali. Secondo il Centro per il Controllo delle Malattie (CDC) il normale tasso di mancata prevenzione di gravidanza indesiderata mediante l'impiego dei preservativi maschili è stato pari al 15% nel primo anno di uso, mentre gli utenti più 'assidui' dei preservativi maschili hanno avuto un tasso di errore pari al 2%. Per quanto riguarda i preservativi femminili, "Il tasso stimato di errore riguardo la prevenzione della gravidanza in 147 donne è stato pari al 26% nell'arco di 12 mesi. Per quanto riguarda le 86 donne che adoperarono regolarmente e correttamente questi condoni, il tasso di errore stimato è stato pari all'11% sempre nell'arco di 12 mesi.

13. In Africa, dove si ritiene che il principale canale di trasmissione dell'HIV sia il rapporto eterosessuale, uno studio retrospettivo ha concluso che "La probabilità di trasmissione dell'HIV in ogni rapporto sessuale nell'Uganda è pari alla percentuale che si registra presso altri popoli".

14. Gli esperti nell'infezione da HIV asseriscono che la presenza di patologie "non-HIV" trasmesse per via sessuale facilita la trasmissione del virus "HIV". Tuttavia in uno studio a largo raggio, ben progettato ed eseguito sull'effetto del comportamento sessuale nella trasmissione del virus "HIV" in Uganda, gli autori hanno riferito una ridotta incidenza del virus dell'herpes simplex di tipo 2 ("HSV2- una misura indiretta di contatto sessuale non protetto"), e anche una significativa riduzione nel gruppo d'intervento nei casi di sifilide acuta, gonorrea e sesso casuale non protetto. Nemmeno c'è stato alcun effetto sull'incidenza dell'HIV nonostante il fatto che un "intervento" apparentemente appropriato "che riduceva significativamente altri STD fosse stato implementato su larga scala con grande cura ed impegno".

15. Questi dati sollevano la questione della trasmissione eterosessuale dell'HIV. In altre parole, non v'è alcuna prova che l'HIV venga trasmesso per via sessuale.

16. Questi dati epidemiologici sono compatibili col fatto che non esiste alcuna prova a dimostrazione dell'ipotesi che sia stato isolato un retrovirus dai pazienti colpiti dall'AIDS.

## **ANNESSO 2 DELL’AFFIDAVIT A CURA DI VALENDAR FRANCIS TURNER**

### PUBBLICAZIONI DEL GRUPPO DE PERTH sulla stampa scientifica

1. Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, et al. Mother to Child Transmission of HIV and its Prevention with AZT and Nevirapine. Perth: The Perth Group, 2001:204.
2. Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Alfonso H, Page B, Causer D. Questions about results reported with potent antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus type 1 infection. *Journal of Infectious Diseases* 2000; 181:1518-1519.
3. Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Bialy H. AIDS in Africa: Distinguishing fact and fiction. *World Journal of Microbiology and Biotechnology* 1995; 11:135-143.
4. Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Causer D. Factor VIII, HIV and AIDS in haemophiliacs: an analysis of their relationship. *Genetica* 1995; 95:25-50.
5. Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Hedland-Thomas B, Causer D, Page B. A critical analysis of the HIV-T4-cell-AIDS hypothesis. *Genetica* 1995; 95:5-24.
6. Papadopulos-Eleopoulos E. A Mitotic Theory. *Journal of Theoretical Biology* 1982; 96:741-758.
7. Papadopulos-Eleopoulos E. Reappraisal of AIDS: Is the oxidation caused by the risk factors the primary cause? *Medical Hypotheses* 1988; 25:151-162.
8. Papadopulos-Eleopoulos E, Hedland-Thomas B, Causer DA, Dufty AP. An alternative explanation for the radiosensitization of AIDS patients. *International Journal of Radiation Oncology and Biological Physics* 1989; 17:695-697.
9. Papadopulos-Eleopoulos E, Hedland-Thomas B, Causer DA, Turner VF, Papadimitriou JM. Changes in thiols and glutamate as consequence of simian immunodeficiency virus infection. *Lancet* 1991; 338:1013-4.
10. Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Causer DS, Papadimitriou JM. HIV transmission by donor semen. *Lancet* 1996; 347:190-1.
11. Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM. Oxidative stress, HIV and AIDS. *Research in Immunology* 1992; 143:145-8.
12. Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM. Kaposi's sarcoma and HIV. *Medical Hypotheses* 1992; 39:22-9.
13. Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM. Has Gallo proven the role of HIV in AIDS? *Emergency Medicine [Australia]* 1993; 5:113-123.
14. Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM. Is a positive Western blot proof of HIV infection? *Bio/Technology* 1993; 11:696-707.
15. Papadopulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, et al. Global voices on HIV/AIDS. Heterosexual transmission of HIV in Africa is no higher than anywhere else. *British Medical Journal* 2002; 324:1035.

16. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, et al. A critique of the Montagnier evidence for the HIV/AIDS hypothesis. *Medical Hypotheses* 2004; 63:597-601.
17. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, et al. High rates of HIV seropositivity in Africa-alternative explanation. *International Journal of STD & AIDS* 2003; 14:426-427.
18. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Causer D, Alphonso H, Miller T. A critical analysis of the pharmacology of AZT and its use in AIDS. *Current Medical Research and Opinion* 1999; 15:1s-45s.
19. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Causer D, Page BA. HIV antibody tests and viral load--more unanswered questions and a further plea for clarification. *Current Medical Research and Opinion* 1998;14:185-6.
20. Papadopoulos-Eleopoulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Stewart G, Causer D. HIV antibodies: further questions and a plea for clarification. *Current Medical Research and Opinion* 1997; 13:627-34.
21. Turner VF. Reducing agents and AIDS--Why are we waiting? *Medical Journal of Australia* 1990; 153:502.
22. Turner VF. The HIV Western blot. *Medical Journal of Australia* 1994; 160:807-808.
23. Turner VF. Inactivation of HIV in factor VIII. *Medical Journal of Australia* 1998; 168:366.
24. Turner VF. HIV drug remains unproven without placebo trial. *Nature* 2005;434:137.
25. Turner VF. Detection of acute HIV infections. *New England Journal of Medicine* 2005; 353:631-3; author reply 631-3.

### **ANNESSO 3 DELL’AFFIDAVIT A CURA DI VALENDAR FRANCIS TURNER**

#### PUBBLICAZIONI DEL GRUPPO DI PERTH su riviste, stampa popolare e online

1. Papadopulos-Eleopulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Bialy H. The Haemophilia Connection. Continuum 1995; 3:17-19  
<http://www.theperthgroup.com/CONTINUUM/HaemophiliaConn.pdf>.
2. Papadopulos-Eleopulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Causer D. Why no whole virus? Continuum 1997; 4:27-30
3. Papadopulos-Eleopulos E. Looking back on the oxidative stress theory of AIDS. Continuum 1998; 5:30-35  
<http://www.healtoronto.com/oxstress.html>.
4. Papadopulos-Eleopulos E, Turner V, Papadimitriou J, Page B, Alfonso H, Causer D. Distinguishing between true and "official" HIV infection. BMJ Online 2003  
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/326/7387/495#33450>.
5. Papadopulos-Eleopulos E, Turner VF. Deconstructing AIDS in Africa. The Independent Monthly 1994:50-51
6. Papadopulos-Eleopulos E, Turner VF. Reconstructing AIDS in Africa-Reply to Kaldor and Ashton. The Independent Monthly 1995; February:23-24
7. Papadopulos-Eleopulos E, Turner VF, Papadimitriou JM. Virus Challenge. Continuum 1996; 4:24-27  
<http://www.altheal.org/continuum/Vol4no1.pdf>.
8. Papadopulos-Eleopulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, et al. HIV in South Africa. Brit Med J 2003  
<http://bmj.com/cgi/eletters/326/7387/495#30348>.
9. Papadopulos-Eleopulos E, Turner VF, Papadimitriou JM, Causer D. The Isolation of HIV: Has it really been achieved? Continuum 1996; 4:1s-24s  
[www.virusmyth.net/aids/data/epreplypd.htm](http://www.virusmyth.net/aids/data/epreplypd.htm).
10. Turner VF. Where we have gone wrong? Continuum 1998; 5:38-44
11. Turner VF, McIntyre A. The Yin and Yang of HIV. NEXUS 1999; 6:29-36  
<http://www.theperthgroup.com/POPPAPERS/yinyang.html>.

## ANNESSO 4 DELL’AFFIDAVIT A CURA DI VALENDAR FRANCIS TURNER

VARIAZIONE GLOBALE NEI CRITERI CHE DEFINISCONO UN RISULTATO POSITIVO ALL’HIV NEL WESTERN BLOT

HIV WESTERN BLOT STRIP*		AFR	AUS	FDA	RCX	CDC 1	CDC 2	CON	GER	UK	FRA	MAC
ENV	p160	ANY 2	ANY 1	ANY 1	ANY 1	p160/ p120 AND p41	p160/ p120 OR p41	p160/ p120 OR p41	ANY 1	ANY 1	ALL 3	3 WEAK BANDS OR ANY STRONG BAND
	p41											
	p68											
POL	p53	ANY 3 GAG OR POL	p32	AND	ANY 1	AND	OR	p32	ANY 1 GAG OR POL	p32	ANY 1	
	p32											
	p55											
GAG	p39	p24	ANY 1	AND	ANY 1	p24	p24	ANY 1 GAG OR POL	p24	ANY 1		
	p24											
	p18											

HIV Western Blot Strip=Striscia del Western blot per rilevare l’HIV

Any=qualsiasi

And=e

Or=oppure

All=tutte

Any 3 Gag or Pol=3 qualsiasi Gag o Pol

3 Weak Bands or any Strong Band=3 bande deboli o qualsiasi banda marcata

AFR=AFRICA;1 AUS=AUSTRALIA;2 FDA=AMMINISTRAZIONE AMERICANA DEGLI ALIMENTI E DEI FARMACI;3 RCX=CROCE ROSSA AMERICANA;3 CDC=CENTRO AMERICANO PER IL CONTROLLO DELLE MALATTIE;3 CON=CONSORZIO AMERICANO PER LA STANDARIZZAZIONE DELLA SEROLOGIA DEI RETROVIRUS;3 GER=GERMANIA; UK=REGNO UNITO; FRA=FRANCIA; MACS= STUDIO AMERICANO MULTICENTRICO DEI COORTI DELL’AIDS 1983-1992. \* Le bande non sono in ordine elettroforetico.

NOTE:

I. “Adesso l’associazione dei Laboratori della Sanità Pubblica consigliano di comunicare ai pazienti che hanno avuto dei risultati appena positivi nel Western blot, ad esempio, soltanto la proteina p24 e la gp 160, oppure solo la gp41 e la gp160, che queste configurazioni sono state

osservate nei soggetti non infetti dall'HIV e che bisogna eseguire dei test supplementari per determinare lo stato infettivo reale".<sup>4</sup>

II. Nel Febbraio 1993 l'Amministrazione Americana degli Alimenti ed i Farmaci attenuò i loro criteri per "ridurre il numero delle interpretazioni nei confronti del Western blot ad esito sieroindeterminato", cioè , ai fini di aumentare il numero degli individui sieropositivi.<sup>5</sup>

1. WHO. (1990). Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Proposed criteria for interpreting results from Western blot assays for HIV-1, HIV-2 and HTLV-I/ HTLV-II. *Weekly Epidemiological Record* 65:281-298.
2. Healy DS, Maskill WJ, Howard TS, et al. (1992). HIV-1 Western blot: development and assessment of testing to resolve indeterminate reactivity. *AIDS* 6:629-633.
3. Lundberg GD. (1988). Serological Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection by Western blot Testing. *Journal of the American Medical Association* 260:674-679. (Data presented in this paper reveal that when the FDA criteria are used to interpret the HIV Western blot less than 50% of US AIDS patients are HIV positive whereas 10% of persons not at risk of AIDS are also positive).
4. Mylonakis E, Paliou M, Greenbough TC, Flaningan TP, Letvin NL, Rich JD. Report of a false-positive HIV test result and the potential use of additional tests in establishing HIV serostatus. *Archives of Internal Medicine* 2000;160:2386-8.
5. Keinman S, Busch MP, Hall L, et al. (1998). False-positive HIV-1 test results in a low -risk screening setting of voluntary blood donation. *Journal of the American Medical Association* 280:1080-1083.

Nota bene: Ogni banda orizzontale che si presenta sulla striscia del Western blot (la parte più a sinistra della tabella) rappresenta una proteina dell'HIV. Si aggiunge il siero di un paziente e quando le strisce vengono sviluppate, appaiono bande colorate sui punti in cui gli anticorpi hanno reagito con le singole proteine dell'HIV. Il numero e la posizione delle bande che determinano la risposta positiva o negativa di un test variano a seconda dei laboratori, le istituzioni mediche, ed i paesi. Ad oggi nemmeno esistono criteri internazionali condivisi nei confronti di ciò che costituisce un risultato positivo nel test Western blot. Perciò, per fare un esempio, ci possiamo trovare di fronte al fatto che un soggetto sieropositivo a New York sulla base dei criteri adoperati dal Centro per il Controllo delle Malattie, può non essere considerato sieropositivo a Sydney in Australia. Oppure un australiano sieropositivo che presenta bande p41, p32, p24 e p18 può non essere ritenuto sieropositivo in Africa. Oppure ancora, un africano sieropositivo che presenta le bande p41 e p120 può non risultare sieropositivo in Australia, o in diverse zone degli Stati Uniti o dell'Europa.

Una certa confusione circa la reattività nei confronti degli anticorpi viene confermata dai manuali diagnostici dei laboratori. Il manuale di istruzioni per l'analisi del Western blot Genelabs Diagnostic HIV BLOT 2.2 avverte: "Linee guida specifiche per l'interpretazione dei risultati possono differire a seconda delle politiche locali; Genelabs raccomanda di seguire l'indirizzo corrente ai fini di uniformarsi alle disposizioni locali". Tale raccomandazione è seguita da sette

differenti criteri emessi da “differenti corpi normativi internazionali” secondo i quali un test Western blot viene ritenuto ad esito positivo. Genelab aggiunge: “Consigliamo le seguenti linee guida per l’interpretazione del Genelabs Diagnostic HIV BLOT 2.2” ed elenca un ottavo gruppo di criteri per l’individuazione di un test Western blot ad esito positivo. Ciò significa che quello che determina che gli esiti di reattività agli anticorpi vengano ritenuti sufficienti per provare l’infezione retrovirale non sono i presunti elementi patogeni presenti, ma “i differenti corpi normativi internazionali” o “politiche locali”. Il produttore Bio-Rad avverte: “Ogni laboratorio che esegue un test adoperando il Western blot dovrebbe sviluppare i suoi propri criteri per l’interpretazione delle bande. In alternativa l’interpretazione può essere lasciata ai medici clinici” (Manuale del Laboratorio Bio-Rad del 1993).

## TABELLA SIMILE ALLA PRECEDENTE BASATA SUL FOGLIETTO INFORMATIVO DELLA GENELABS

### VARIAZIONE GENERALE NEI CRITERI CHE FANNO SÌ CHE UN TEST WESTERN BLOT VENGA RITENUTO POSITIVO

CDC/ASTPHLD	Due bande che possono essere gp41, gp120/gp160 oppure p24
Produttore americano (FDA)	p24 e p31 e anche una gp41 oppure gp120/gp160
SFTS Francia (POS inequivocabile)	Due ENV (gp 160 e gp120) accompagnata da una GAG o POL
(Probabilmente POS)	ENV (gp160) e GAG (p24)
(Probabilmente POS)	Solo due bande ENV (gp160 e gp120)
Organizzazione Mondiale della Sanità	Due bande ENV con o senza GAG o POL
CRSS Organizzazione Panamericana della Sanità	Una banda p24 o p31 e una banda ENV
Croce Rossa Americana (Stati Uniti)	Una banda di tutte e tre GAG, POL e ENV
Istituto Paul Ehrlich (Germania)	Due bande qualsiasi, di cui una ENV
Cina	Due ENV (gp160/gp41 e gp120) e una GAG o POL
Singapore	Due ENV (gp160/gp41 e gp120) e una GAG o POL
Australia	Una ENV e 3 qualsiasi GAG o POL

FDA=Amministrazione americana degli Alimenti e dei Farmaci; CDC=Centro per il Controllo delle Malattie;  
 CRSS=Consorzio per la Standardizzazione della Serologia dei Retrovirus; ASTPHLD=Associazione dei Direttori della Sanità Pubblica Provinciale e Statale; SFTS=Società Nazionale di Trasfusione del Sangue, Francia.  
 Fonte: Foglietto illustrativo del test Western blot HIV Blot 2.2 della Genelabs Singapore e della Genelabs Diagnostics.

**ANNESSO 5 DELL’AFFIDAVIT A CURA DI VALENDAR FRANCIS TURNER**  
**MISURAZIONI DELL’HIV’ E DELLA “CARICA VIRALE”**

I tre saggi che vengono spesso adoperati per quantificare la “carica virale” sono la reazione a catena della polimerasa-trascrizione inversa (RT-PCR), l’amplificazione basata sulla sequenza degli acidi nucleici (NASBA) ed il DNA a catena ramificata (bDNA). Per valutare l’impatto dei saggi impiegati e la “variabilità genetica nella quantificazione del RNA dell’HIV-1”, i ricercatori francesi “valutarono tre test in commercio mediante l’impiego di una serie di campioni dell’HIV-1 che rappresentavano radure dalla A all’H... Questi campioni sono stati ampliati nel coltivo. E’ stato raccolto del virus attraverso l’ultracentrifugazione, ed è stato sospeso un’altra volta nel plasma sieronegativo. Ai fini di standardizzare le quantità di virus a livelli simili in ciascuna preparazione, è stato determinato l’antigene p24 ed è stato aggiustato il volume affinché ogni esemplare avesse circa 10pg di antigene p24 per ml”. Le “copie di RNA dell’HIV-1” per ml di plasma ottenute sono state le seguenti (dove una cifra minore a 400 viene ritenuto RNA non esistente).

CEPPO DEL HIV-1	RT-PCR	BDNA	NASBA
DJ258	<400	111,500	100,000
DJ263	<400	79,800	60,000
SF2	225,500	38,000	240,000
III-B	54,000	17,000	360,000
ZAM18	78,300	70,000	66,000
ZAM20	178,800	125,800	420,000
UG270	179,800	29,200	170,000
UG274	320,000	41,400	32,300
CM241	18,800	72,800	35,000
CM235	4,700	52,000	15,000
163.3069	36,200	94,000	57,000
162.307	2,800	78,100	26,000
G98	254,700	269,000	<400
LBV21	184,500	295,000	<400
V1557	950,000	587,000	125,000

Se questo test misura la medesima cosa, cioè, la quantità di RNA dell’HIV” nel plasma del paziente, allora tutti i numeri sulle tre colonne a destra dovrebbero far parte di un

ordine identico. La loro grossa variabilità non la si dovrebbe giustificare in base al fatto che “la quantificazione dell’RNA dell’HIV-1 viene influenzata molto dal ceppo dell’HIV-1” e dai test adoperati. Non si capisce in assoluto come si fa ad adoperare i test per quantificare una cosa qualsiasi, ancor meno per quantificare ciò che viene ritenuto un microbo micidiale. Se la carica virale fosse un test di gravidanza oppure un test per accertare gli enzimi cardiaci in seguito ad un attacco cardiaco, i clinici non lo potrebbero adoperare.

Fonte: Coste J, Montes B, Reynes J, et al. (1997). Effect of HIV-1 genetic diversity on HIV-1 RNA quantification in plasma: comparative evaluation of three commercial assays. *J. Acquir. Immun. Def. Syndr. Hum. Retrovirol.*, 15, 174.

## ANNESSO 6 DELL'AFFIDAVIT A CURA DI VALENDAR FRANCIS TURNER

### Test di campioni di RNA dell'“HIV” riferiti dal Laboratorio di Riferimento Nazionale Victoria

#### NUMERO DI COPPIE DI RNA DELL' “HIV”

CAMPIONE	TEST	MEDIA	SD	INFERIORI	SUPERIORI	CV
QC101	Amp v1.0	40.8	24.6	16.2	65.4	60.3
	Q bDNA-2	22.9	7.1	15.8	30	31
QC102	Amp v 1.0	228.4	198.4	30	426.8	86.9
	Q bDNA-2	129.4	29.5	99.9	158.9	22.8
QC106	Amp v1.0	421.9	249.2	172.7	671.1	59
	Q bDNA-2	125.4	30.4	95	155.8	24
	Amp v1.0	366.9	126.0	240.9	492.9	34
	Q bDNA-2	242.8	36.5	206.3	279.3	15
QC108P	Q bDNA-2	0.87	0.2	0.67	1.07	23
	Amp v1.5	0.13	0.1	0.03	0.23	82
QC109P	Q bDNA-2	11.7	1.8	9.9	13.5	16
	Amp v1.5	23.1	19.7	3.4	42.8	86

I valori sono presentati come deviazione media +/- standard (SD)

CV= coefficiente di variazione = deviazione media/standard

Inferiori = media – SD; Superiori = media + SD

Le ombreggiature indicano un'estensione maggiore tra le letture inferiori e superiori

Questi risultati sono la media dei campioni di “HIV” che passarono il controllo di qualità (QC) misurati da diversi laboratori in Australia. Ciascun campione QC contiene la stessa quantità di RNA dell'“HIV” ed i dati non includono “le serie invalide”.

La variazione nei valori medi ottenuti nei diversi saggi è stata tra il 16 ed il 86.9%. In un esperimento (i dati non vengono presentati), circa un terzo dei laboratori non sono stati in grado di ottenere alcun valore tra due deviazioni standard del valore medio.

Dalla informazione nei confronti del QC101 e QC106, ad esempio, una “carica virale” media di 40,8 oppure 421,9 x 1000 copie è stata ridotta a circa la metà oppure a due terzi rispettivamente quando lo stesso campione è stato misurato adoperando un saggio diverso. A partire dai dati della QC108P, il cambiamento del saggio ha ridotto la “carica virale” media pressoché 7 volte.

Questi dati possono essere messi in prospettiva immaginando che i numeri rappresentano l’incasso giornaliero di un supermercato che viene depositato in due banche diverse e che adoperano metodi diversi per contare il contante. Per questo motivo I risultati possono essere solo speculativi.

Fonte: Best SJ, Gust AP, Johnson EI, McGavin CH, Dax EM. Quality of human immunodeficiency virus viral load testing in Australia. Journal of Clinical Microbiology 2000; 38:4015-20.

[PAGINA INIZIALE](#)