

SOTTO L'ARCOBALENO DEL PROF. RUGGIERO

Il Prof Ruggiero è stato capace di realizzare in questi ultimi anni una progressione notevole di studi, proposte, iniziative scientifiche che lo hanno condotto nel firmamento (o per lo meno "sull'arcobaleno", come intitola Celia Farber nella sua recente [intervista](#)) del mondo scientifico-accademico, sia esso ortodosso che dissidente. Un successo di tutto rispetto.

Ma cosa c'è sotto l'apparenza? Io finora sono rimasto in silenzio per non compromettere in alcun modo la ricerca che stava conducendo. Ricerca encomiabile per certi versi perché non da altri affrontata. Ma la modalità con cui procede merita che venga conosciuta, perché è stata molto negativa per i motivi che esporrò.

Descriverò, per chi volesse leggere, le origini del suo lavoro sulla GcMAF e di come mi abbia escluso: ero stato io per primo ad introdurlo alle idee ed alle proposte che è stato ben pronto ad incamerare (vedere Parte 1).

In seguito (Parte 2) descriverò alcuni difetti tecnici e teorici rivelando la grave confusione ed imprecisione che generano le sue dichiarazioni e scritti.

Chiarirò che parte di quel che dice sono menzogne (cioè affermazioni consapevolmente false). Le sue dichiarazioni riguardanti l'HIV/AIDS sono considerate nella Parte 3.

(Le tre sezioni sono indipendenti tra loro).

Parte 1. Il Prof Ruggiero ed il GcMAF

La storia sarebbe lunga, ma cercherò di abbreviarla e puntare solo su alcuni significativi particolari, in modo da tracciare la figura dell' "uomo" e dello scienziato.

L'inizio è costituito da un mio contatto con il Professore fiorentino nei primi mesi del 2009 (lo conoscevo già in precedenza essendo anch'egli "dissidente" nel campo dell'AIDS) al fine di proporgli una collaborazione con il dott. Yamamoto per capire finalmente quanto c'era di reale nei suoi vantati successi del 100% nella cura del cancro e dell'AIDS. Avevo in precedenza trovato e dimostrato diverse irregolarità nelle pubblicazioni di Yamamoto, con un'analisi investigativa di notevole impegno e ricca di sorprese. Yamamoto infatti non aveva voluto rispondere a molte mie domande. La conseguenza era però che l'avevo un po' indispettito, costringendolo ad ammettere delle irregolarità ai Direttori della rivista su cui aveva pubblicato (J Med Virol). Erano tutte informazioni che avevo poi passato al Prof Ruggiero, che è a capo di un dipartimento in grado di eseguire le opportune analisi. Dunque, più per farmi

un favore che per convinzione, aveva acconsentito a contattarlo per una proposta di collaborazione (aprile-maggio 2009). Yamamoto aveva risposto affermativamente, ma precisando anche che era momentaneamente senza GcMAF, che ne stava preparando un nuovo stock e quindi rimandava l'operazione di qualche mese. Risposte simili aveva dato ad altri in precedenza, e poi non aveva mantenuto la parola.

Sia Ruggiero che io eravamo francamente scettici, tanto che più volte ho insistito perché venisse fatto ancora qualche tentativo, scrivendogli ancora. Non volevo lasciare nulla di intentato. Le previsioni dello stesso Ruggiero erano che Yamamoto avrebbe continuato a trovare sempre qualche nuova scusa per rimandare.

Alla fine di dicembre 2009 ecco invece la sorpresa: un pacchetto era arrivato a Firenze da Philadelphia, sede dell'Istituto Socrates dello scienziato giapponese. A quel punto Ruggiero mi disse, incuriosito e nello stesso tempo un po' pentito di essersi così impegnato: *"eseguo subito un test che probabilmente sarà un buco nell'acqua così butteremo il GcMAF nei rifiuti e non perderemo più tempo, e ci dedicheremo a cose più importanti"*.

Dopo pochi giorni avvenne la svolta: i primi test erano risultati perfettamente in linea con le più rosee previsioni e Ruggiero era diventato talmente entusiasta che presto mi disse: *"penso di rivoluzionare tutti i miei programmi di ricerca, puntando sul GcMAF"*.

Ci furono tra lui e me ancor diversi scambi di email ed io andai due volte a Firenze a trovarlo. L'entusiasmo del prof Ruggiero era vieppiù crescente (ed il mio pure).

Mi disse che aveva presentato 6 abstract al Congresso di Vienna e solo uno, solo quello in collaborazione di Yamamoto, era stato accettato.

Da quel momento, con la giustificazione che era intercettato e spiato, non avrebbe più potuto scambiare informazioni di nessun tipo con nessuno. Disse che c'era il rischio che gli venisse bloccata la ricerca, così interruppe praticamente qualsiasi contatto con me (nonostante mi fossi io procurato un telefono dedicato). Avremmo potuto sentirci, così disse, solo dopo il Congresso di Vienna (luglio 2010).

Nello stesso tempo però, sprezzante del pericolo, aveva messo sul suo sito in bella evidenza la sua collaborazione con Yamamoto e andava scrivendo ad altri quello che "non poteva" scrivere a me.

Poco prima della svolta, io gli avevo anche ingenuamente scritto che, grazie ai buoni rapporti instaurati con Yamamoto, potevo entrare anch'io in questi od

altri studi in collaborazione (come persona educata avrebbe dovuto pensarci spontaneamente). C'è stato un momento in cui era d'accordo lo stesso Yamamoto (¹). Non mi ha mai risposto.

In seguito, le sue ricerche con il Giapponese hanno avuto il grande successo che sappiamo, grande risonanza mediatica, molteplici pubblicazioni, ulteriori finanziamenti, viaggi continentali ed intercontinentali.

Si è ricordato di me? Ma certo! Anche se non ha più avuto tempo né per una email, né per una telefonata, ha avuto la bontà di scrivere in una intervista (rilasciata a Piscitelli il 13 ottobre 2010, su "Il Predellino!"): *"In Italia, uno dei primi ad accorgersi del potenziale di questi risultati è stato un medico infettivologo di Trieste, il Dr. Fabio Franchi che ha cercato di sensibilizzare i soggetti potenzialmente interessati ed ha contattato diversi ricercatori italiani e stranieri nel tentativo di sfruttare in termini terapeutici le osservazioni del Prof. Yamamoto"*. Tutto qui, nulla d'altro.

I più considereranno l'aspetto scientifico più importante che il comportamento etico di Ruggiero, così mi focalizzerò sul primo.

Per esempio ha scritto riguardo i dati di Yamamoto: *"Trattandosi di sperimentazioni cliniche preliminari, approvate dalle Università giapponesi di Nagasaki e di Hyogo (e i documenti sono disponibili), il numero di pazienti era limitato, intorno alle decine, ma i risultati erano comunque impressionanti. Questi risultati sono stati prima pienamente accettati dalla comunità scientifica internazionale grazie al sistema di revisione definito "peer review"*.

Come si suol dire in casi simili? Ruggiero dice il falso con piena consapevolezza, per il semplice fatto che sono stato io stesso a fornirgli la documentazione che dimostra il contrario. Le università di Nagasaki e Hyogo infatti non hanno approvato un bel niente e quei comitati etici che avrebbero dato a Yamamoto l'avvallo sono invalidi. Totalmente ed inequivocabilmente invalidi (²): sono squalificati dal fatto che molti dei suoi membri, compresi i due presidenti, sono coautori di alcuni dei suoi lavori, un evidente conflitto di interessi. Inoltre, i documenti (i questionari, i consensi informati) sono stati scritti in inglese solamente nel giugno del 2009 (questo è riscontrabile nelle proprietà dei file!). Questo significa, logicamente, che i pazienti africani del Sud Africa, quelli del Sudest asiatico e l'unico paziente americano (quello "smarrito"), avrebbero dovuto legger il questionario in Giapponese al tempo dell'arruolamento! Egli non sa chi siano i pazienti, e così neppure i membri dei Comitati Etici.

La peer review sulle pubblicazioni di Yamamoto era una peer review solo formale (come ho ampiamente dimostrato). Non vi è stato alcun controllo dei dati, che sono stati bevuti senza fiatare (³).

Ma c'è di più sulla figura di Ruggiero, sia come "uomo" che come scienziato.

Parte 2. Osservazioni tecniche su una presentazione del Prof Ruggiero

(vedi <http://www.marcoruggiero.org/pdf/GcMAF%20at%20the%20NIH.pdf>)

Slide 37. Ruggiero scrive (riferendosi ai pazienti sieropositivi trattati da Yamamoto: "*le persone trattate sono reali, qualche volta molto ben conosciute da Yamamoto*").

E' strano allora che il dottor Yamamoto abbia tanto faticato a trovarne una in USA, senza peraltro riuscirci, quando gliel'hanno richiesto i direttori della rivista su cui ha pubblicato (4). La domanda è: ne ha conosciuta Ruggiero qualcuna? E' difficile da dire poiché i pazienti descritti da Yamamoto (con l'eccezione citata) sarebbero sparsi nel Sudest asiatico e in Sud Africa 5. Così come sono riusciti a perfezionare tutti i test menzionati nei lavori di Yamamoto? In altre parole, come fece ad ottenere in differenti laboratori in Paesi lontani esattamente gli stessi standard le stesse procedure?

Molto importante è il punto seguente ed è molto molto curioso che a Ruggiero sia sfuggito, visto che disquisisce un giorno sì e l'altro pure della specificità e sensibilità dei test diagnostici (Slide 40): io (Fabio Franchi) non sono stato capace di trovare una validazione del dosaggio della nagalasi ed un suo confronto con altri markers neoplastici, né con il viral load dell' "HIV" (concediamo per solo amore della discussione che il viral load sia un riferimento concreto). Ogni test dovrebbe essere appunto validato prima di presentarlo. Questo test è parte integrante della teoria Yamamoto e serve per monitoraggio per la cura. Qui manca. Il confronto tra nagalasi e "viral load" che si ritrova nel grafico (J Med Virol 2009;81:16-26) è semplicemente perfetto, ideale. Un'evenienza rara in biologia. Lo stesso discorso può essere fatto riguardo la correlazione tra *nagalasi* e *markers* neoplastici citati negli altri suoi studi su analoga terapia del cancro nel 2008.

Il "viral load" è stato paragonato da Yamamoto ad un particolare test che implica la formazione di "centri di infettività" in colture cellulari (tra l'altro contemporaneamente infette anche con un altro "retrovirus", l' HTLV-1). Tale test sarebbe anche in grado di distinguere particelle "virali libere" e linfociti "infetti". Dove si possono trovare gli studi che dimostrino, con opportuni controlli queste perfette correlazioni? Questi risultati sono strani perché ognuno del campo sa che non c'è una ben povera correlazione tra "viral load", numero di cellule infettate e livello di p24. Oggi nessuno usa più questi test nonostante la loro asserita formidabile capacità, secondo alcuni quotati ricercatori, nientemeno che di distinguere gli "HIV" patogeni da quelli non patogeni !!! (6)

Inoltre tale ottima correlazione non è stata confermata propriamente, e vi sono stati deludenti risultati in altri studi indipendenti. 7

(Slide 50:) Ruggiero avvalsa e sostiene quanto affermato da Yamamoto ovvero la eradicazione dell'HIV. Ma Ruggiero non sosteneva – a giorni alterni per la verità – che l'HIV non è stato mai isolato⁸? Evidentemente ha scelto di sostenere tesi molto differenti, posizioni scientifiche contraddittorie, in contemporanea. Questo però a fatica si concilia con la sua vantata impostazione rigorosamente logica alla scienza.

La questione infatti pone problemi teorici non da poco. Come avevo già commentato a proposito della "sparata" di Montagnier, secondo tutti i retrovirologi l'HIV si inserisce nel DNA delle cellule e quindi potrebbe essere eliminato teoricamente solo ammazzando tutte le cellule infette, indistinguibili da quelle non infette. Un obiettivo che fa tremare le vene persino ai polsi del dott. Savarino (vedi teoria della terapia *shock and kill*⁹). Quanto precisato è appunto accettato da tutti i retrovirologi, dissidenti e non, esclusi Montagnier (in qualche occasione soltanto però) e Yamamoto. Infatti per l' "HIV" si suole dire: "una volta infettato, infettato per tutta la vita". La stessa nozione è stata ripetuta da Ruggiero stesso in un altro contesto¹⁰. E' superfluo precisare che secondo la teoria della Eleopulos, è inutile cercare di eliminare "un-virus-che-non-c'è".

Ma proprio questo è un altro problema da risolvere, teorico e pratico: nell'AIDS (occidentale) vi è il più delle volte una immunoattivazione cronica, la quale viene controllata e ridotta in parte dalle terapie "antiretrovirali" e da un trattamento antiossidante adeguato. Visto che il Gc-MAF è attivo, è questa attività in grado di ottenere un benefico effetto regolatorio o rischia di aumentare la disfunzione già presente? Ripeto per l'ennesima volta: il sistema di stimoli ed inibizioni è molto intricato *in vivo*. Non si può estrapolare direttamente quanto riscontrato *in vitro*. Vi sarebbero ad esempio, secondo alcuni studi tra cui quelli di Mantovani, diverse popolazioni di macrofagi, una che contrasterebbe ed una che favorirebbe il tumore ...¹¹ Per questo motivo negli studi di un farmaco vi sono vari passaggi, ognuno dei quali non è garanzia di successo per quelli successivi.

Nella Slide 67 è scritto:

Questi risultati possono rivelarsi utili nell' identificare quei soggetti che potrebbero beneficiare al massimo del trattamento con GcMAF, in particolare considerando che tale trattamento è correntemente proposto in differenti collocazioni (vedi per esempio: <http://www.gcmaf.eu/info/> e <http://immunemedicine.com/availabletherapies/gcmaf/>)

Questo chiarisce alcuni punti oscuri. Infatti non mi pare che quanto sopra abbia il significato di sconsigliare le persone a rivolgersi a questi siti per avere il GcMAF non originale. Tutt'altro!

Perché lo preciso? Perché, ricostruendo i fatti, ci sono state tre fasi diverse tra loro (vedi nota¹²).

Parte 3 La posizione scientifica di Ruggiero in qualità di "dissidente" nel campo dell'AIDS

La sua posizione è a mio avviso deleteria, perché genera confusione su confusione. Come dicevo, il suo stile di proporre posizioni contraddittorie mi rendono difficile capire quello a cui creda veramente Ruggiero è contemporaneamente un sostenitore di Duesberg (HIV = retrovirus innocuo), un sostenitore di Montagnier e Yamamoto (HIV = virus patogeno, ovvero "*l'HIV non è la sola causa dell'AIDS*" - il che è l'equivalente di: anche l' "HIV" è causa dell'AIDS), un sostenitore convinto della Eleopulos (con il piccolo difetto però che non è ancora riuscito a capire bene quel che ha detto), un sostenitore altrettanto convinto della posizione assurda di De Harven ("*Montagnier ha trovato un retrovirus,... ma non è l' HIV*"). Tutte queste tesi incompatibili tra loro, lo capirebbe anche un bambino. Come possono essere capite da altri ricercatori, persone non specializzate in materie biologiche, e sieropositivi?

La nota ¹³ contiene la critica di un suo lavoro.

(3) CONCLUSIONI

Devo commentare? Così va' il mondo. L'importante è verificare il reale effetto del trattamento di Yamamoto sui sieropositivi e sui pazienti affetti da neoplasia. Il resto è secondario. Ma io trovo curioso e non spiegabile il comportamento di questo scienziato. Non è un bel modo di perseguire la verità scientifica dicendo anche il falso. Così facendo, Ruggiero rende difficile con il suo atteggiamento poter distinguere quello che c'è di vero nelle sue dichiarazioni.

Le posizioni scientifiche del Prof Ruggiero rischiano veramente di compromettere ed annullare il lavoro serio fatto finora da scienziati che, a differenza di lui, hanno sacrificato onori e carriere per non venir meno alla loro rettitudine ed alla loro coerenza, senza cedere a compromessi di alcun genere.

ffranchi_20110207

Appendice 1) e 2)

- 1) Di seguito viene riportata la piena assunzione di responsabilità di Ruggiero per le affermazioni di Yamamoto, che comprendono l'accettazione dell'esistenza del virus "HIV":

"Our results are consistent with those of Prof. Yamamoto who demonstrated that GcMAF treatment leads to eradication of HIV in seropositive patients".

Celia Farber domanda a Ruggiero (nella sua "intervista sull'arcobaleno"): *"Lei pensa che esista un unico ed esogeno retrovirus?"* Ruggiero risponde: *"Sì, certo".*

2) Nella pubblicazione di Pacini S. et al. su *Cancer Immunol Immunother* (on line 14 dic 2010) sono illustrati i risultati dei suoi studi (di Ruggiero) su GcMAF originale di Yamamoto e su due campioni di GcMAF proveniente dall'Inghilterra (mi sono occupato io di farglieli avere). Gli avevo infatti chiesto di verificarli prima di provarli su me stesso. Cosa che ha fatto. La risposta scritta me l'ha spedita dopo qualche insistenza, incompleta, povera, senza intestazioni. Si è guardato bene dall'inviarmi tutti i dati! Tuttavia mi sono accorto, leggendo il lavoro pubblicato, che alcuni di quelli che mi aveva fornito sono diversi. Questo aggiunge un'altra perplessità a tutto il resto.

¹ Yamamoto mi scrisse (21st July 2009): "Mi fa piacere che Lei abbia preso accordi per effettuare uno studio con GcMAF su topi affetti da tumour di Erlich con l'università di Firenze."

² Ho trovato che 4 membri dei due comitati (Nakazato H, Koga Y, Suyama H and Urade M) erano coautori di diverse pubblicazioni sulla nagalase e/o sulla terpia con GcMAF con dr. Nobuto Yamamoto, inclusi i due presidenti di detti Comitati.

I presidenti dei Comitati non sapevano nemmeno dove erano i pazienti e da chi erano stati "curati" (Dr. H Suyama writes: "We believe that every patient is treated by own physicians and not in recognizable hospitals")

Un membro del Ministero della Sanità giapponese mi ha detto: "My friend who is a professor (Immunology) and Dean of the Nagasaki University did not know the presence of such Committee in Nagasaki."

I Comitati etici non erano registrati come tali. A tale proposito, H. Suyama (presidente dell'IRBs) ammette: "they may not recognize us and we must register again."

I questionari consenso informato preparati dagli IRB di erano completamente inadeguati per una corretta informazione del paziente (posso inviare i file su richiesta).

³ I direttori stessi del *J Med Virol*, pressati da me, scrissero ad esperti attorno al mondo per sapere qualcosa dei Comitati etici e dei pazienti. Essi hanno domandato ad altri quello che io avevo chiesto a loro. Senza dubbio "la doppia revisione da parte dei pari" (peer review) non ha controllato questi dati prima della pubblicazione.

I pazienti erano: uno in USA perso al follow up 10 anni fa, i rimanenti erano, secondo Yamamoto, distribuiti nel sud Est Asiatico e in una o più nazioni Africane.

⁴ Un solo paziente negli USA. Yamamoto scrive the July 21st 2009: " At the present we are in the process of locating an American patient who was treated in the late 1990s. As you can imagine, such follow up after a decade is not a simple matter."

⁵ Pazienti africani. Il Presidente dell'IRB Dr H. Suyama scrisse al direttore del *J Med Virol*: "Physicians from Southeast Asia and African countries requested for supply of GcMAF for treatment of HIV patients and patients are living in various locations in those countries."

⁶ Plaques distinguish pathogenic "HIVs": "[...] The plaque-forming HIV all came from patients with disease; no healthy seropositive individuals had these types of isolates. Plaque formation may be a useful assay for identifying pathogenic strains of HIV." From: Tateno M, Levy JA. MT-4 plaque formation can distinguish cytopathic subtypes of the human immunodeficiency virus (HIV)". *Virology*. 1988 Nov;167(1):299-301.

⁷ Risultati non confortanti da alcuni gruppi indipendenti:

a) Rehder DS, Nelson RW, Borges CR. Glycosylation status of vitamin D binding protein in cancer patients. *Protein Science*, 2009 Jul 29.

Abstract: Based on the results of activity studies, previous reports have suggested that Vitamin D Binding Protein (DBP) is significantly or even completely deglycosylated in cancer patients-eliminating the molecular precursor of the immunologically important Gc macrophage activating factor (GcMAF), a glycosidase-derived product of DBP. The purpose of this investigation was to directly determine the relative degree of O-linked trisaccharide glycosylation of serum-derived DBP in human breast, colorectal, pancreatic, and prostate cancer patients. Results obtained by electrospray ionization-based mass spectrometric immunoassay showed that there was no significant depletion of DBP trisaccharide glycosylation in the 56 cancer patients examined relative to healthy controls. These results suggest that alternative hypotheses regarding the molecular and/or structural origins of GcMAF must be considered to explain the relative inability of cancer patient serum to activate macrophages.

b) Marilena Greco *et al.* Serum proteomic profile of cutaneous malignant melanoma and relation to cancer progression: Association to tumor derived alpha-N-acetylgalactosaminidase activity. *Cancer Lett.* 2009 Apr 24.

(Ho interpellato il principale autore che mi ha spiegato come non abbia trovato una buona correlazione tra tumori e nagalasi. Ruggiero è stato informato anche di questo.)

⁸ Ruggiero è consapevole della scienza del Gruppo di Perth, che è estesamente quotato nella tesi del suo studente JJV Branca's thesis, di cui era correlatore ed ha quindi revisionato: <http://www.marcoruggiero.org/pdf/HIV%20and%20AIDS%20Thesis.pdf>

⁹ La ricerca di Savarino sulla terapia 'Scuoti e uccidi' da' nuove speranze sulla eradicazione dell'HIV-1, vedi

<http://www.sciencedaily.com/releases/2009/06/090604095129.htm>

¹⁰ Vedi nota 8

¹¹ Mantovani A *et al.* Macrophage polarization: tumor-associated macrophages as a paradigm for polarized M2 mononuclear phagocytes. *Trends in Immunology*. 2002 Nov;23(11):549-555

¹² **L'evoluzione in tre fasi dell'atteggiamento del Prof Ruggiero verso il GcMAF non originale**

L'atteggiamento iniziale del Prof Ruggiero era di apertura, infatti non mi aveva sicuramente scoraggiato nei miei programmi - a lui esposti -, che includevano per me stesso la prova del preparato (proveniente dall'Inghilterra) prima che su altri. Ed ha incoraggiato anche altri che a lui si sono rivolti direttamente (ne ho testimonianza inoppugnabile, scritta ed orale!).

Una fase intermedia in cui, senza avvisarmi né preventivamente né successivamente, in via privata sconsigliava in modo assoluto di rivolgersi a siti internet per farsi arrivare il Gc o di provarlo al di fuori di trial clinici (con l'effetto collaterale di mettermi in qualche non lieve difficoltà). Proprio nel periodo in cui mi aveva chiesto di mantenere il maggiore riserbo possibile sui suoi studi e di sospendere ogni forma di comunicazione tra di noi, scriveva testualmente ad un siero positivo: ***"Come medico La sconsiglio vivamente, calorosamente, assolutamente, dal farsi convincere da chiunque a sperimentare su se stesso qualsiasi tipo di cura per qualsiasi tipo di malattia che non sia fatta nell'ambito di una sperimentazione clinica approvata e controllata dalle autorità preposte, verificabile oggettivamente."*** Allora aveva accuratamente evitato di chiedere del GcMAF a Yamamoto per me (sia per trattamenti cosiddetti compassionevoli per situazioni giustificate, sia per organizzare studi clinici ben disegnati). Poteva farlo benissimo, Yamamoto avrebbe accettato.

Una terza fase in cui pare riconciliarsi con i "siti internet" con uno slide che io leggo come un invito a considerare le loro offerte ... Senza che vi sia alcuna spiegazione per il passaggio dalla fase intermedia a quest'ultima.

La quarta fase, l'attuale, non la conosco e neanche mi interessa conoscere.

¹³ Ruggiero's poster publication, "HIV and apoptosis of cancer cells: the killer's promises" at the Annual Conference of the Italian Association of Cell Cultures in December 2009 is even more amazing: He indirectly assists the opponents of the AIDS dissidents, making it easy for these opponents to refute their arguments.

In the poster Ruggiero wrote: "In the past three years definitive evidence has accumulated demonstrating that HIV is not the (sole) cause of AIDS." What this means is that HIV exists and is one of the causes of AIDS. The parentheses he inserts are meaningless.

Then he becomes more explicit: "Clearly HIV cannot be the cause of AIDS" because it "has been present in humans since at least the early 1900s." This is taken as a given in the article he cites, and the method used for this great discovery is the PCR (epidemiology based on molecular beacons), that is said to be undoubtedly specific, but is it? Ruggiero has contradicted this on several occasions in stating that it was not so specific and the virus has not been "properly" isolated. Ruggiero lends support to the authors who allege an HIV epidemic, albeit only with a limited number of clades. Then, according to the data Ruggiero provides to the reader, the correlation is evident between AIDS and HIV. Ruggiero now says: "The very fact that AIDS was never described before the 1980s proves that it is not the cause." Duesberg long ago showed that AIDS-related diseases were well known in the past but not recognized as AIDS. It is understandable: If there were a few, isolated cases, they could well have remained unnoticed before AIDS appeared as an epidemic in the 1980s, which in turn can be properly correlated at this point with the spread of the "clades". In short: a red carpet for the "orthodoxy"!

In his poster, Ruggiero also proposes a symbiotic (advantageous) association between HIV and humans, forgetting that a few lines above he claims, as Montagnier does, that “immunodeficiency causes chronic HIV infection”. In so doing, he unwittingly affirms the pathogenicity of HIV, claiming that a chronic viral (and HIV) infection can change from innocuous to extremely dangerous in immunodeficient states. Consider for example CMV infection. An advantage (or a symbiosis) most people would prefer to spare themselves.

Moreover, immunodeficiency cannot cause infection; it is independent. According to retrovirologists, HIV infection once caught is always chronic by its (purported) nature.

Regarding “HIV” and cancer, Ruggiero could say that a particular protein is anti-carcinogenic, but before saying that it comes from “HIV”, one might ask him where is the proof of it, as the Perth Group has done (did he read the Perth Group properly, or didn’t he?).

Ruggiero maintains that “epidemiological data show that HIV is not permissive of breast cancer”, and he cites for that a paper counting 64 cases of breast cancer (in the literature) in HIV positive African women (*J Women’s Health* 2003;12:227-32) in which the authors mention “the paucity of available data”. Anyway, even with those modest data, it seems that this protection is, at best, only a modest one!

Strange enough, the Vpr found in HIV patients is anti-inflammatory. Strange enough, because seropositive patients with diminished immune function are characterized by a chronic inflammatory state.

Conclusion: Ruggiero may think he’s found the magic bullet to kill cancer cells, but without a doubt he’s found the magic bullet to shoot also his “dissident science”!